FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1940 N° 11

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Marie-Louise H. PAILLARD

Née à Vichy, le 4 Avril 1915

LA LIPOMATOSE NODULAIRE MULTIPLE DE LA CEINTURE ET DES MEMBRES

Président : M. CASTAIGNE, Professeur

CLERMONT-FERRAND
Imprimerie Moderne, 15, Rue du Port
—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1940 N°

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

Marie-Louise H. PAILLARD

Née à Vichy, le 4 Avril 1915

LA LIPOMATOSE NODULAIRE MULTIPLE DE LA CEINTURE ET DES MEMBRES

Président : M. CASTAIGNE, Professeur

CLERMONT-FERRAND
Imprimerie Moderne, 15, Rue du Port

1940

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	A. FORSTER ✲ I.
Assesseur		G. SCHAEFFER ✲ I.

PROFESSEURS TITULAIRES

Clinique médicale B	MM.	AMBARD ✲ I.
Embryologie et Tératologie		ANCEL ✲ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ I.
Clinique O. R. L.		CANUYT ✲ I.
Anatomie		FORSTER ✲ I.
Clinique chirurgicale A		LERICHE O. ✲ I.
Chimie biologique		NICLOUX O. ✲ I.
Hygiène et Bactériologie		OBERLING ✲ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ I.
Clinique psychiâtrique		PFERSDORFF ✲ I.
Clinique ophtalmologique		REDSLOB ✲ I.
Clinique gynécologique et Accouchements		REEB I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ I.
Physiologie		SCHAEFFER ✲ I.
Pharmacologie		SCHWARTZ I.
Médecine légale et Médecine sociale		SIMONIN ✲ A.
Hydrologie et Climatologie		VAUCHER ✲ I.
Physique biologique		VLÈS ✲ I.
Clinique chirurgicale B		WEISS ✲ A.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie ..... MM. ARON ✲ ⚜ I.
Anatomie ..... BELLOCQ ✲ ⚜ I.
Anatomie pathologique ..... GÉRY ⚜ I.

CHARGÉS DE COURS ET AGRÉGÉS

MM. CALLOT.
GUNSETT O. ✲ ⚜ I.
KAYSER ⚜ A.
ROMEY O. ✲ ⚜ A.
TULASNE.
KLEIN.

MM. FONTAINE ⚜ A.
HANNS O. ✲ ⚜ I
JUNG.
KELLER ⚜ I.
REISS ⚜.
WAITZ ⚜.

MM. GELMA ✲ ⚜ I.
HUMBERT ✲ ⚜ A.
KREIS ⚜ A.
WARTER.
WOLF ✲ ⚜ A.
THIVOLLE ⚜ A.

CHARGÉS D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE

M. ROEDERER ⚜ I. M. MEYER Marcel ⚜ I. M. SIMON ✲ ⚜ A.
M. ADLER ⚜

PROFESSEURS HONORAIRES

M. CHAVIGNY ✲ ⚜ I. M. STOLZ ✲ ⚜ I. M. WEILL ✲ ⚜ I.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je dédie tout d'abord ce travail à tous ceux de ma famille qui, au cours de la guerre 1914-1918 *ou au cours de la présente guerre, ont offert leur vie, leur courage, leur abnégation pour la défense de la Patrie. L'exemple de leur total dévouement restera pour nous un permanent réconfort et un encouragement à vivre selon des lois plus humaines et plus bienfaisantes.*

Je dédie ensuite ce travail à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à ma formation intellectuelle et médicale. Tout d'abord à mes Parents et à ma Sœur, qui m'ont appris à connaître le rôle du médecin sous sa forme scientifique et sous sa forme charitable.

Je suis heureuse de remercier mon jury de thèse qui, du fait des circonstances actuelles, se trouve réunir des maîtres éminents de plusieurs Facultés :

Monsieur le Professeur Castaigne qui, au cours de mes années scolaires faites à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, m'a toujours montré la plus grande bienveillance et m'a fait bénéficier de son précieux enseignement.

Monsieur le Doyen Forster, qui a pu reconstituer à Clermont-Ferrand la brillante et laborieuse Faculté qu'il dirigeait à Strasbourg.

Monsieur le Professeur Schwartz, dont l'enseignement de médecine expérimentale et de pharmacodynamie est conçu sous une forme si élevée et si instructive.

Monsieur le Professeur Noël, qui représente ici la Faculté de Médecine de Lyon, et qui veut bien distraire de ses occupations militaires, le temps de participer si brillamment à l'enseignement.

A tous mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Clermont, j'adresse un très reconnaissant hommage, plus spécialement encore aux Professeurs Jean Buy, Paturet, Paul Piollet, Adrien Piollet, Dionis du Séjour, Pakowski, Rongier, Mornac, Ackermann, Chaumerliac, Bernard Griffiths, Edmond Dechambre, Alary, Vaurs, Durif et Robert.

Qu'ils soient assurés de ma profonde gratitude et du souvenir constant que je garderai de leur enseignement.

J'adresse aussi à mes Maîtres parisiens l'expression de ma très vive reconnaissance, spécialement au Professeur Léon Binet, dont l'enseignement magistral m'a appris à connaître et à aimer la physiologie. Il m'est agréable de dire que, dans ce travail, se trouvent deux observations de lipomatose nodulaire qu'il a rapportées autrefois avec le Professeur Rathery.

Je n'oublie pas davantage l'enseignement de M. le Recteur Gustave Roussy qui, avant de présider aux destinées de l'Université de Paris, nous a enseigné, avec un prestige incomparable, l'Anatomie Pathologique à la Faculté de Médecine de Paris.

Je garde un précieux souvenir des leçons de M. le Professeur Brumpt et de ses collaborateurs ; les questions si passionnantes de la parasitologie prennent une grande lumière à la faveur de leurs cours clairs et substantiels.

Ai-je besoin de dire ma gratitude toute spéciale au Professeur agrégé Pierre Joannon ? Il la connaît et je

ne sais ce qu'il faut le plus admirer en lui, du Professeur incomparable, de l'apôtre dévoué, du Maître à la pensée bienfaisante et féconde.

Mes remerciements bien vifs s'adressent aussi au Docteur Georges Huc, chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph à Paris, et au Docteur Laporte, médecin des Hôpitaux de Paris, qui, l'un en chirurgie osseuse, l'autre en pathologie des maladies infectieuses, m'ont donné des conseils très précieux.

Enfin, je dédie ce travail à mes camarades M. Aussanaire, A. Grossiord, E. Varin, ainsi qu'à mon frère Claude-Henri Paillard.

*
* *

Ce travail, qui repose sur quatorze observations inédites, eût mérité de plus amples développements bibliographiques. On voudra bien m'excuser de n'avoir pas épuisé la question à cet égard.

Les bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, les travaux de Roch (de Genève), surtout les archives personnelles si importantes que mon Père possède au laboratoire de Pathologie Interne et Générale de Clermont-Ferrand m'ont fourni le meilleur de ma documentation. En m'inspirant de tous ces éléments, j'ai essayé de tracer un tableau d'ensemble d'une affection qui mérite indiscutablement son individualité.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543521_0161

CHAPITRE I

LES DIFFÉRENTS TYPES DE LIPOMATOSE

Nous n'avons pas l'intention de reprendre ici l'étude des différents types d'adipose qui ont fait l'objet déjà de tant de travaux, mais nous voulons rappeler la classification admise par Henri Paillard concernant la nosologie des différentes localisations lipomateuses.

I. — **Obésité simple**

Le sujet obèse est recouvert d'une plus ou moins épaisse couche de graisse, couche régulière, homogène, tout à fait comparable à celle du porc ; elle recouvre les tissus comme la neige recouvre la terre, respectant les saillies et les sillons mais les atténuant quelque peu. La figure I est un bel exemple de cette lipomatose. Il s'agit d'un sujet pesant 132 kilos pour une taille d'un mètre 70. Le sujet est gros de partout. La peau est lisse, ni bosselée ni ravinée. La consistance de la graisse est souple ; nulle part il n'y a de sensibilité particulière.

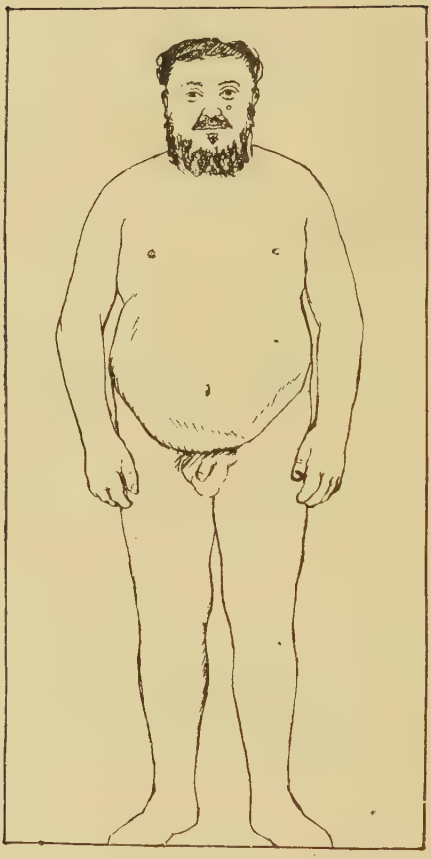

FIGURE 1

Adiposité simple et régulière (132 kilogs) ; la graisse est uniformément répartie ; il n'y a pas de cellulite.

Certains sujets font particulièrement de la pléthore abdominale ; c'est surtout l'abdomen qui est gros, alors que les membres peuvent être sensiblement normaux ; dans l'hypertrophie abdominale, interviennent d'une part l'adipose sous-cutanée, d'autre part l'adipose épiploïque et mésentérique ; suivant les cas, le facteur adipeux superficiel ou le facteur adipeux profond peuvent prédomi-

FIGURE 2

Silhouette de profil dans la pléthore abdominale. Le trait blanc indique le bord postérieur du bras et de l'avant-bras.

ner et les chirurgiens connaissent bien ces distinctions. L'adipose sous-cutanée oblige à creuser une tranchée au fond de laquelle il faut travailler ; l'adipose épiploïque et mésentérique forme des masses énormes qui encombrent le champ opératoire après ouverture du péritoine.

II. — **Obésité cellulitique**

Ici l'adipose n'est plus régulière, la graisse est parsemée de bosselures et de sillons ; les masses adipeuses forment des tuméfactions énormes qui pendent comme des tabliers ou font saillie comme des bourrelets à l'abdomen, aux hanches ou aux membres.

Dans tous les livres sur l'obésité et en particulier dans le livre de Heckel, on trouve des exemples de ces déformations monstrueuses sur lesquelles nous n'insistons pas. Le tissu cellulo-adipeux est couturé de travées fibreuses, la graisse est généralement douloureuse ; il y

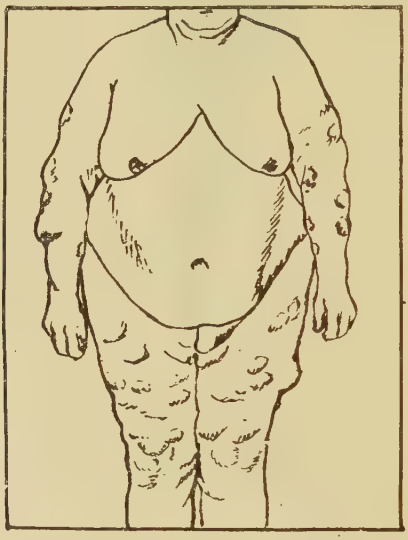

FIGURE 3

Enorme adiposité cellulitique (106 kilogs pour une taille de 1 mètre 62) de nombreuses bosselures font presque rentrer ce cas dans la lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres.

a des compressions nerveuses et des compressions veineuses. La cellulite présente des localisations électives (nuque, face interne du bras, face interne du genou). Contrairement à ce que certains auteurs avaient pensé d'abord, la cellulite peut exister sans adipose chez des sujets maigres, mais l'obésité avec cellulite est plus fréquente que toute autre variété.

FIGURE 4

La reine de Pount. D'après un bas-relief egyptien de Deir-el-Bahari (3.600 ans avant Jésus-Christ). Type d'adiposité avec cellulite.

La figure III indique un exemple d'obésité cellulitique monstrueuse chez une femme pesant 106 kilos pour une taille de 1 mètre 62. Nous citons particulièrement cet exemple ici parce que la lipomatose revêt un type voisin de celui que nous décrivons au titre V (la lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres).

On trouve dans l'iconographie ancienne divers types d'obésité cellulitique : en Egypte dans le temple de Deir-el-Bahari, qui remonte à 3.600 ans avant Jésus-Christ, un bas-relief représente une expédition égyptienne allant

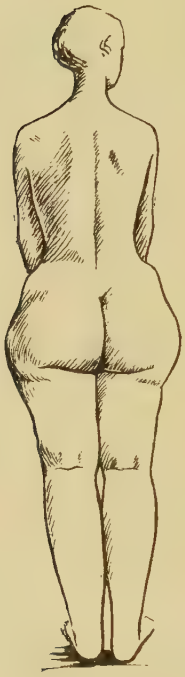

FIGURE 5

Lipodystrophie des hanches et des membres inférieurs (H. Paillard)

chercher des parfums au pays de Pount. La reine de Pount est figurée en bonne place ; nous en reproduisons ici l'image d'après un article de *La Nature* (15 mars 1933, page 268).

III. — **Lipodystrophie des hanches et des membres inférieurs**

Cette affection a été décrite par Barraquer (de Barcelone), puis par Simons, Comby, Parkes-Weber, Boissonas, Mirallié et Fortineau, Vigo Christianssen, Léon Tixier, Parmelle, Henri Paillard et R. Léveillé.

La figure V, empruntée à H. Paillard, représente une image typique de cette lipodystrophie.

Le thorax et les membres supérieurs sont maigres, les hanches et les membres inférieurs sont énormes.

Cette lipodystrophie est souvent associée à de l'insuffisance ovarienne (H. Paillard).

Cette affection n'existe que chez la femme ; certaines patientes arrivent à la dissimuler assez bien par le port de sangles très serrées et de robes longues et plusieurs d'entre elles viennent trouver le médecin en lui disant : « Docteur, ne me jugez pas d'après ma figure ; je suis une fausse maigre. » De fait, lorsque les malades se dévêtent, on reste stupéfait en voyant l'opposition qui existe entre le segment supérieur et le segment inférieur du corps.

Quelles sont les règles nosologiques complexes qui justifient cette topographie ? Nous ne le savons pas, mais la question vaut la peine d'être posée pour cette affection comme pour celle qui fait l'objet du présent travail.

IV. — Adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale

Cette affection a fait l'objet de descriptions très précises de Dieulafoy, de Launois et Bensaude.

La figure VI, empruntée à ces derniers auteurs, en donne une exacte représentation. Il s'agit de bourrelets énormes intéressant la nuque, le menton, le cou, les régions sous-claviculaires, parfois les aisselles et les aines. Les ganglions n'y sont pour rien ; il s'agit de masses lipomateuses dont la topographie est vraiment très spéciale ; cette affection n'a d'ailleurs pas de gravité et peut être longuement tolérée.

FIGURE 6

Adéno-lipomatose symétrique à prédominance cervicale

V. — **Lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres**

C'est celle qui fait l'objet du présent travail ; nous la situons ici dans la classification générale, mais sans y insister. Si nous avons voulu entreprendre cet ouvrage, c'est d'abord parce que nous en possédons un assez grand nombre d'observations inédites, c'est ensuite parce que les médecins qui ne sont pas au courant de cette affection très particulière se posent des questions multiples quant à son étiologie ; certains d'entre eux se laissent tenter et pratiquent des ablations chirurgicales qui n'ont véritablement aucun sens, étant donné que les tumeurs

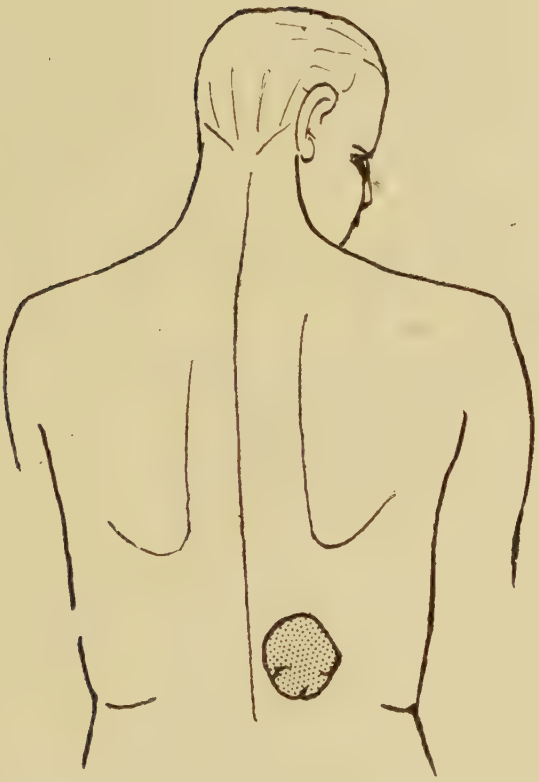

FIGURE 6 bis

Monolipome dorsal

sont multiples et qu'au surplus elles se renouvellent avec une extrême facilité. Nous renvoyons donc au corps de ce travail pour l'étude de cette affection.

VI. — **Monolipome isolé**

Ici rentre une série de lipomes de localisations très diverses, dont le plus fréquent est peut-être le monolipome dorsal.

Il est volontiers juxta-rachidien ou sous-scapulaire ; il atteint le volume d'une orange et parfois du poing ;

FIGURE 7

Deux lipomes symétriques de la face antérieure des avant-bras

il tente souvent le chirurgien qui l'extirpe facilement.. Il se produit beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme. Il est à noter que ce monolipome volumineux se produit presque toujours dans cette « région moyenne du corps » que nous allons voir frappée électivement par la lipomatose nodulaire.

A titre de curiosité, commentons la figure VII : elle représente deux petits lipomes symétriques de la face antérieure des deux avant-bras ; ces deux lipomes sont demeurés longtemps isolés et ont été observés comme tels il y a dix-sept ans par H. Paillard ; il y a trois ans, est apparu un lipome de la paroi abdominale antérieure qui fait rentrer ce cas dans le cadre plus direct de notre sujet.

CHAPITRE II

LA LIPOMATOSE NODULAIRE MULTIPLE DE LA CEINTURE ET DES MEMBRES

ETUDE CLINIQUE

I. — Historique

Il est à peu près certain que cette affection est connue depuis longtemps ; néanmoins, lorsqu'on consulte les ouvrages anciens, on ne trouve pas de descriptions précises concernant cette topographie particulière de la lipomatose.

Voici par exemple la description d'Eugène Boeckel dans le dictionnaire Jaccoud (tome 20, page 619, édition de 1875) : « L'immense majorité des lipomes occupe le tissu cellulaire sous-cutané. Ils y affectent certains sièges de prédilection, tels que la nuque, les régions sus-hyoïdiennes, le dos, les fesses, les parties latérales et

inférieures de la paroi abdominale. Ils sont souvent multiples et occupent alors, deux par deux, des points symétriques du corps, surtout chez des individus obèses. Dans ces cas, ils se présentent quelquefois sous forme diffuse et se confondent sans limites bien précises avec les parties voisines moins chargées de graisse. Il est alors difficile de décider s'il y a véritablement tumeur ou simplement exagération locale de la polysarcie générale. Le plus souvent cependant, on retrouve à la dissection une membrane d'enveloppe plus ou moins transparente qui établit la limite entre la partie hypertrophiée et le pannicule graisseux normal. »

La topographie symétrique des lipomes est signalée ici, mais non la topographie si spéciale dont nous entreprenons la description.

Notons toutefois, dans le même article, une indication intéressante sur laquelle nous reviendrons plus loin : c'est la crétification possible des lipomes, dont nous rapportons ici un exemple typique chez un goutteux.

Sans avoir la prétention d'avoir pu faire une bibliographie très complète signalons que la première observation absolument caractéristique de lipomatome nodulaire de la ceinture et des membres nous paraît avoir été donnée par Anthony, professeur agrégé au Val de Grâce (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 18 mars 1892, page 178).

Nous insistons sur cette observation et nous reproduisons le schéma d'Anthony, fig. 23, parce que ce cas est absolument superposable aux nôtres et aussi parce que cette référence nous paraît avoir été oubliée dans des bibliographies très consciencieuses ayant paru ultérieurement sur cette question.

En 1891, à la Société Médicale des Hôpitaux, Bucquoy et H. Rendu avaient rapporté des observations de

lipomatose multiple, mais ces cas concernent des observations dans lesquelles il y avait en même temps des lipomes multiples du cou. On trouvera néanmoins, dans le travail de Bucquoy, une série d'indications concernant des lipomes du tronc ou des membres dont quelques-uns doivent correspondre vraisemblablement à la variété que nous étudions, mais nous n'avons pu remonter aux sources elles-mêmes.

Signalons maintenant trois publications très importantes du Professeur M. Roch de Genève, publications faites respectivement en 1908, 1911 et 1925, cette dernière en collaboration avec J. Mozer. Roch propose, dès 1911, la dénomination de *lipomatose discrète* pour opposer le volume relativement petit des lipomes aux énormes adiposes que l'on observe chez les obèses vrais.

Signalons ensuite les travaux, très étudiés, de Clerc et D. Thibaut, de Rathery et Léon Binet, de Pierre Barbet, d'André Leri et enfin les publications d'Henri Paillard qui est revenu à diverses reprises sur cette question depuis 1925 ; c'est dans ses archives que nous avons trouvé la matière de ce travail.

C'est depuis le mémoire de M. Roch en 1911 que la maladie a été véritablement individualisée sous un type clinique spécial et avec un nom particulier : la lipomatose discrète. En 1925, H. Paillard a proposé la dénomination plus expressive de *lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres*.

II. — **Topographie**

Une excellente formule que nous empruntons à André Léri est la suivante :

Lorsqu'on considère un sujet debout « dans la position du soldat sans armes » et lorsque, par deux traits

horizontaux, on divise le corps en trois segments, les lipomes se trouvent dans le segment moyen du corps.

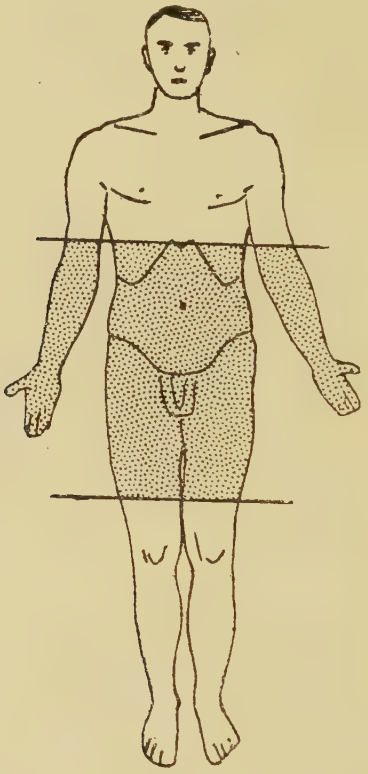

FIG. 8

Les lipomes siègent dans le tiers moyen du corps

Ils se trouvent donc au niveau de la partie inférieure du thorax, de l'abdomen, des cuisses et des avants-bras. Cette disposition est extrêmement frappante ; on la retrouve sur les schémas reproduits dans le cours de ce travail et c'est cette localisation qui donne sa véritable caractéristique à la maladie. Le nom de lipomatose dis-

crète proposé par Roch est très justifié par le caractère des lipomes. Le terme de lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres proposé par H. Paillard contribue mieux à l'identification de cette affection.

Un deuxième point qui paraît ressortir de nos observations est le fait que les tumeurs lipomateuses sont généralement plus abondantes à la face antérieure du corps qu'à la face postérieure. Pour cela encore, il suffit de regarder nos schémas.

Dans des travaux antérieurs, H. Paillard, comparant les localisations lipomateuses et les localisations tophiques, a considéré que les tophi siègent de préférence à la face d'extension des membres, les lipomes de préférence à la face de flexion. Il peut y avoir des exceptions à ces règles ; elles ne nous paraissent pas nombreuses.

Dans les formes les plus typiques, tout le segment moyen du corps est intéressé, ainsi que nous venons d'en décrire la topographie ; mais il y a des formes partielles que nous pouvons classer de la façon suivante :

a) Forme à prédominance abdominale.

b) Forme prédominant sur les membres supérieurs ;

c) Forme à prédominance sur les membres inférieurs ;

d) Faisons une place un peu à part aux lipomes de la région sacrée ou sacro-iliaque dont nous rapportons ici un exemple : Si le sujet présente en même temps quelques algies lombaires inférieures, il n'hésite généralement pas à en rendre responsable les lipomes et les fait masser énergiquement dans le but, d'ailleurs illusoire, de les voir disparaître.

Voici comment Roch et Mozer résument la topographie des lipomes d'après 95 cas colligés ou observés :

9 fois la distribution n'est pas explicitement indiquée.

44 fois les lipomes siègent aux avant-bras aux cuisses et à la ceinture, réalisant la forme typique que nous avons décrite.

18 fois, la localisation reste limitée aux avant-bras et aux cuisses.

6 fois, aux cuisses et à la ceinture.

4 fois, aux avants-bras et à la ceinture.

13 fois, aux avants-bras seuls.

1 fois, à la ceinture seule.

Dans 5 cas sur 95, on a signalé des petits nodules aberrants (mollet, nuque, tête).

La maladie met souvent bien des années à se constituer, nous avons cité plus haut (figure 7) l'observation d'un malade qui a commencé par présenter des lipomes isolés et symétriques des deux avant-bras et chez lequel 17 ans après, est apparu un lipome de la paroi abdominale antérieure.

*
* *

Le NOMBRE DES LIPOMES est extrêmement variable : depuis trois ou quatre jusqu'à cent et plus.

Ici encore, nous renvoyons à nos schémas qui sont tous très instructifs et qui nous montrent la grande variabilité du nombre des lipomes.

Notons que nous avons vu parfois quelques tumeurs lipomateuses se flétrir partiellement ; bien plus souvent, nous avons vu leur nombre augmenter, mais avec une extrême lenteur, et il est impossible de s'en rendre compte, si l'on n'a, pour chaque sujet, établi un schéma précis.

III. — **Caractère des lipomes**

I. — *Volume*

Il varie d'un pois à une orange.

II. — *Forme et consistance*

Il convient de distinguer :

1) Le lipome arrondi ou ovoïde à surface franche, plus ou moins mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané.

2) Le lipome aplati ou écrasé dont les bords se fondent dans le tissu cellulaire.

3) Le lipome lobulé, compartimenté en quelque sorte par des travées fibreuses.

4) Le lipome crétifié ou tophacé, qui vaut la peine de quelques considérations parce que ce sujet est plus nouveau.

Nous avons cité plus haut le travail de Boeckel contenu dans le dictionnaire Jaccoud (1875), travail dans lequel l'auteur signale la possibilité de crétification des lipomes.

H. Paillard a montré que, chez les goutteux, certains tophi et en particulier les tophi du coude étaient susceptibles d'être des topho-lipomes, avant d'être des tophi entièrement concrétés. Nous rapportons plus loin des observations de tophi développés sur des lipomes préexistants et au cours du syndrome qui nous intéresse.

Ces observations, peu nombreuses encore, sont importantes du point de vue doctrinal pour montrer la parenté possible de cette affection avec la goutte ou avec les autres manifestations arthritiques .

Certains lipomes sont libres, mobiles ; ce sont ceux

qui tentent le chirurgien ; d'autres sont adhérents, soit à la face profonde de la peau, soit plutôt au plan aponévrotique sous-jacent.

Ces deux types peuvent se rencontrer chez le même malade ; les lipomes mobiles sont observés plus volontiers aux avant-bras, les lipomes adhérents plutôt à la paroi abdominale.

*
* *

La lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres est généralement indolore. Il n'y a ni douleurs spontanées, ni sensibilité à la palpation et lorsque les sujets qui en sont porteurs accusent des manifestations douloureuses, celles-ci peuvent être rapportées à un rhumatisme articulaire, périarticulaire ou musculaire du voisinage.

Nous n'avons pas vu coexister la lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres avec la maladie de Dercum. La malade dont nous avons reproduit le schéma figure 3 et qui est une lipomateuse sur terrain obèse et cellulitique présentait des algies cellulitiques importantes, mais celles-ci eussent sans doute existé même s'il n'y avait pas eu de lipomes surajoutés.

*
* *

Les lipomes apparaissent rarement avant 20 ans ; le plus souvent, ils commencent à se développer entre 20 et 40 ans ; parfois, le début de l'évolution se produit seulement après cet âge.

Il faut d'ailleurs noter qu'un certain nombre de sujets ne s'aperçoivent pas spontanément de leur lipoma-

tose et que celle-ci est découverte par le médecin à l'occasion d'un examen systématique. Dans ces conditions, le début exact de la maladie est difficile à fixer.

De toute façon, l'évolution est extrêmement lente ; les tumeurs apparaissent les unes après les autres. Elles ont plus tendance à multiplier qu'à grossir. (Roch et Mozer).

Quelquefois, certains lipomes peuvent régresser. (Roch et Mozer, Anders, Von Hoesslin).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

Va... Maurice, 51 ans.

Aucun trouble important de la santé générale ; l'examen systématique montre une lipomatose nodulaire extrêmement nette et représentée fig. 9.

On compte en tout 41 lipomes. La topographie est nettement plus antérieure que postérieure, on compte seulement 12 lipomes à la face postérieure du corps.

Sang	:	Urée 0,37
		Ac. uriqûe.... 0,062
		Cholestérol .. 2,81
Urines	:	Ni albumine, ni sucre.
		Sédiment uratique pas de bactéries.
		Indoxyle exagéré 0,025
T. A.	:	14 ½ - 9

Quelques troubles intestinaux avec stase cœcale.

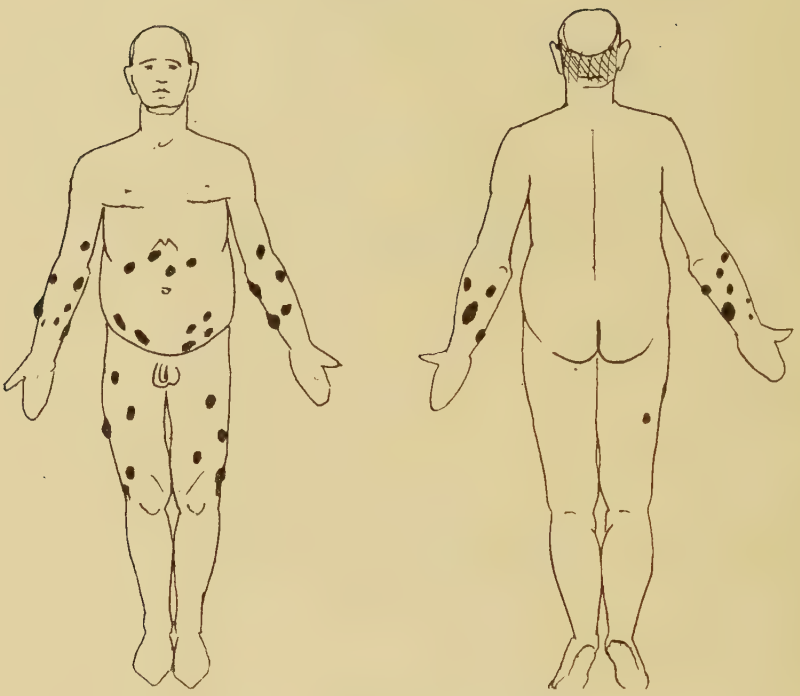

FIG. 9 (Obs. I)

A noter qu'il s'agit d'une lipomatose nodulaire familiale ; la même maladie existe chez la mère, chez un frère et chez une sœur du malade.

OBSERVATION II (personnelle)

V..., 62 ans.

C'est un sujet obèse (115 kgs), éthylique avec congestion importante du foie qui déborde le rebord costal d'un travers de main.

Sang	:	Urée	0,27
		Ac. urique....	0,072
		Cholestérol. ..	2,40

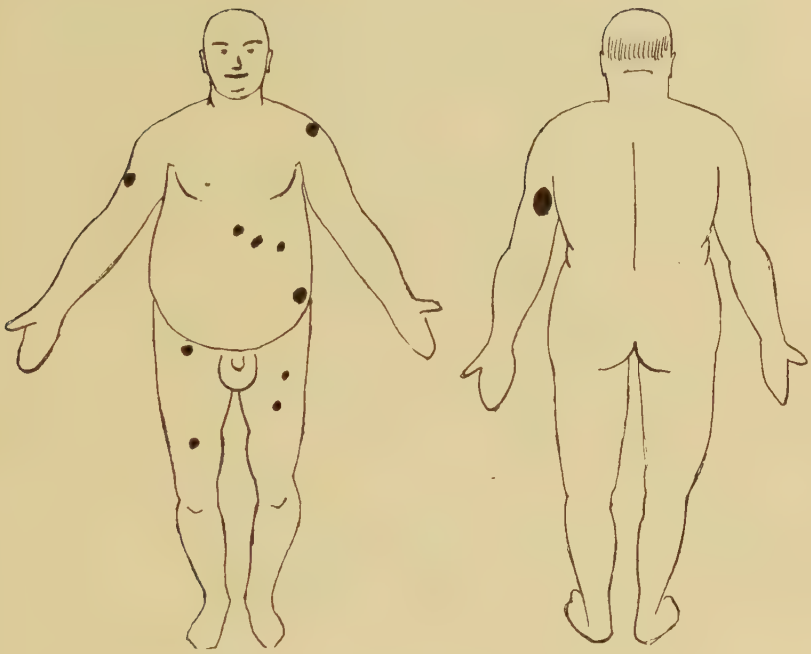

FIG. 10 (Obs. II)

Urines : Ni albumine, ni sucre.
Pas de bactéries.
Indoxyle exagéré : 0,02.

T. A. : 16 à 18 pour la maxima.
8 ½ à 12 pour la minima.

Il existe une lipomatose à prédominance antérieure avec trois lipomes abdominaux, deux lipomes à la face antérieure de la cuisse droite, deux lipomes à la face antérieure de la cuisse gauche, un lipome à la face antérieure de chaque bras et un gros lipome à la face postérieure du bras gauche.

Aucune topographie symétrique.

A noter de plus dans la région sous-costale droite,

en avant et au niveau du triangle de Scarpa gauche, deux zones d'infiltration lipomateuse diffuse, plutôt à type cellulitique que lipomateux.

OBSERVATION III (personnelle)

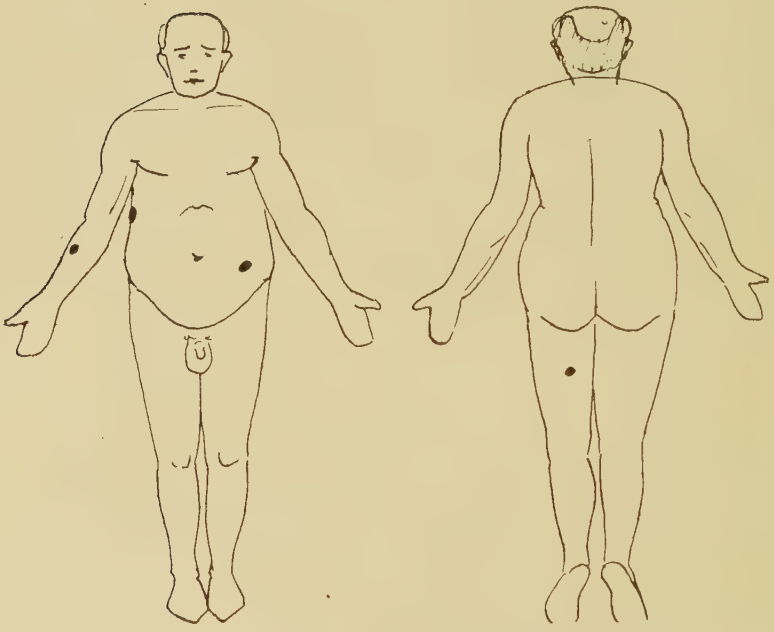

FIG. 11 (Obs. III)

C..., 53 ans, vient consulter pour lombalgies.

Sang : Urée 0,52
Ac. urique.... 0,081
Cholestérol. .. 1,72

T. A. : 14 $\frac{1}{2}$ - 7 $\frac{1}{2}$.

Urines : Ni albumine, ni sucre.
Sédiment oxalique.

L'examen viscéral ne montre rien d'anormal, sauf une légère congestion du foie, d'ailleurs rapidement améliorée. On note la présence de 4 lipomes, l'un à la base du thorax droit, l'autre en regard de la fosse iliaque gauche, un troisième sur l'avant-bras droit, un quatrième à la face postérieure de la cuisse gauche.

A noter qu'un frère du malade présente la même affection sous une forme plus caractérisée, mais nous n'avons pu observer cet autre patient.

OBSERVATION IV (personnelle)

M. S..., 75 ans.

Rhumatisme chronique avec poussées douloureuses subaiguës, en particulier à la hanche droite.

Petit diabète ancien amélioré.

Hypertrophie prostatique notable avec rétention incomplète et globe vésical permanent.

		1937	1938
Sang :	Urée.	0,41	0,52
	Ac. urique....	0,062	0,045
	Cholestérol. ..	1,57	1,50
	Sucre.	0,80	
Urines :	Ni albumine, ni sucre.		
	Sédiment urique.		
	Pas de bactéries.		
	Indoxyle exagéré :	0,02 en 1937.	
		0,03 en 1938.	
T. A. :	Maxima 14 à 18.		
	Minima 8 à 9 ½.		

Congestion importante du foie.

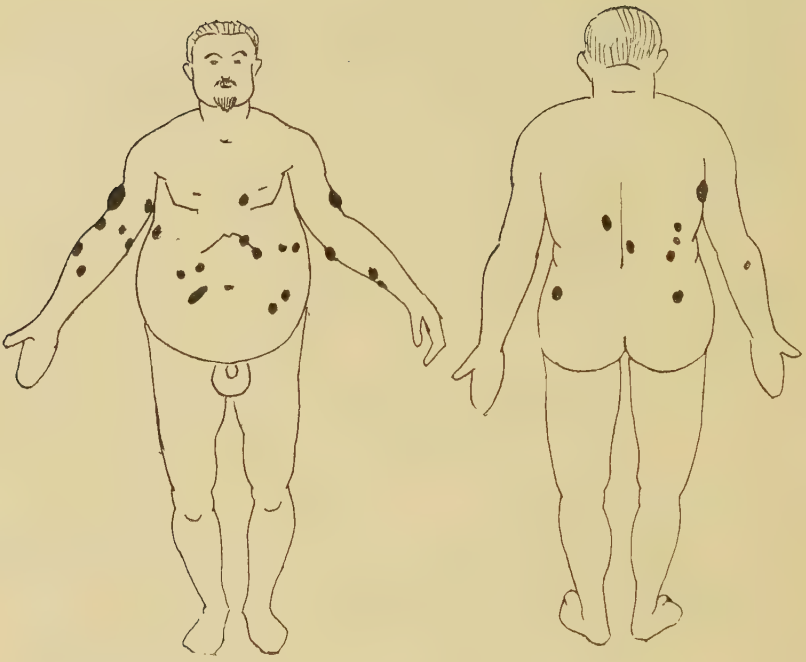

FIG. 12 (Obs. IV)

L'examen montre une lipomatose nodulaire importante, mais respectant les membres inférieurs.

La lipomatose prédomine sur la face antérieure du corps. 12 lipomes sur le tronc en avant, 8 lipomes sur le tronc en arrière, 9 lipomes aux membres supérieurs droit dont un seul postérieur, 4 lipomes sur le membre supérieur gauche, antérieurs et latéraux.

OBSERVATION V (personnelle)

B..., 58 ans.

Nous n'avons pu retrouver entièrement cette obser-

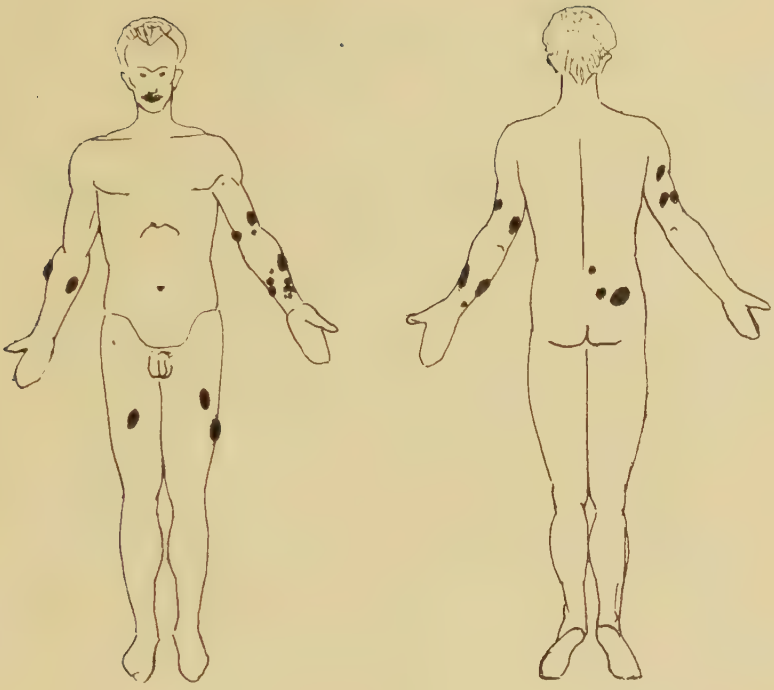

FIG. 13 (Obs. V)

vation, qui a été publiée par le Docteur Pierre Barbet (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 6 juin 1914), mais qui est spécialement intéressante parce qu'un des lipomes (face antérieure du bras droit) a été enlevé chirurgicalement et examiné histologiquement par Henri Paillard ; il s'agissait d'un lipome pur avec quelques travées lobulant le lipome.

La santé générale du patient était excellente. Tension normale. Examen du sang et des urines normaux.

Les dessins ci-dessus sont reproduits d'après les dessins de Pierre Barbet, mais ramenés à notre schématisation.

OBSERVATION VI (personnelle)

M. L... St..., 38 ans.

Coliques néphrétiques (élimination de trois calculs uratiques).

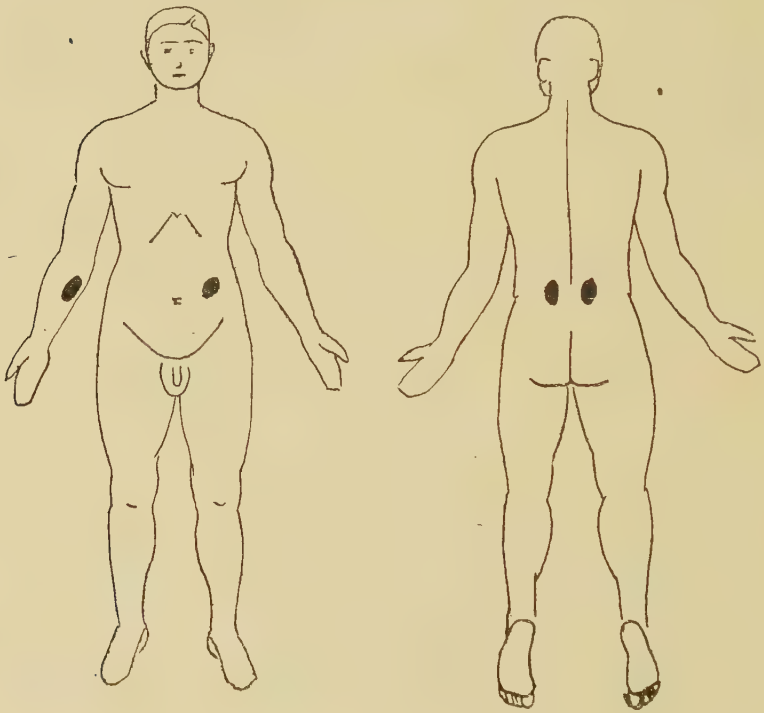

FIG. 14 (Obs. VI)

Tension : 15 - 8 ½.

Urines : Traces d'albumine, présence de quelques hématies.
Pas de sucre. Pas de bactéries.
Indoxyle : 0,02.

Sang : Urée 0,43
Ac. urique... 0,07
Cholestérol .. 2,18

Poids : 90 kgs pour taille de 1 m. 70.

Un lipome abdominal ; un lipome sur l'avant-bras droit. Deux lipomes (du volume d'une grosse noix chacun) dans la région sacro-iliaque.

Aucun de ces lipomes n'est douloureux, mais le malade présente, de temps à autre, une réaction douloureuse au niveau des articulations sacro-iliaques ; il a rapporté ces douleurs aux lipomes et les fait masser énergiquement, sans aucun bénéfice d'ailleurs.

Nous avons observé deux autres fois cette localisation lipomateuse.

OBSERVATION VII (personnelle)

Mme S..., 39 ans, israélite algérienne.

Cette dame possède une bonne santé générale et est venue consulter pour coliques néphrétiques (gravelle oxalique).

Poids : 79 kgs pour taille de 1 m. 69.

Sept lipomes représentés sur la fig. 15.

Tension: 14 ½ - 9.

Sang : Urée 0,41
Ac. urique... 0,062
Cholestérol .. 1,88

Urines : Ni albumine, ni sucre.

Deux enfants : 9 et 7 ans. Menstruation régulière.

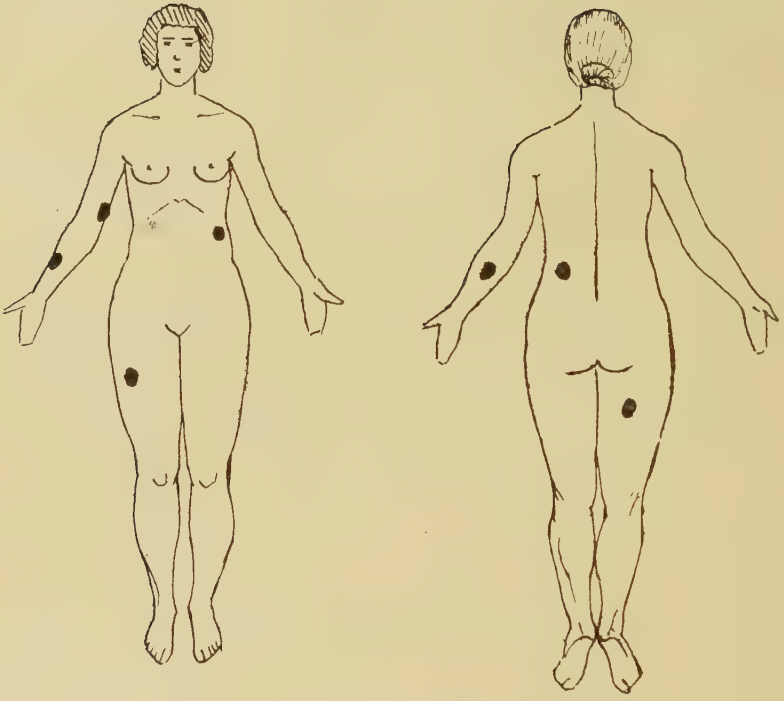

FIG.15 (Obs. VII)

OBSERVATION VIII (personnelle)

Mme R..., 47 ans, portugaise.

Vient consulter pour polyarthrite sèche et albuminurie intermittente.

Deux lipomes abdominaux et deux lipomes sur l'avant-bras gauche.

Poids : 80 k. 500 pour taille de 1 m. 71.

Tension : 16 - 8 ½.

Sang : Urée 0,38
Cholestérol .. 2,72

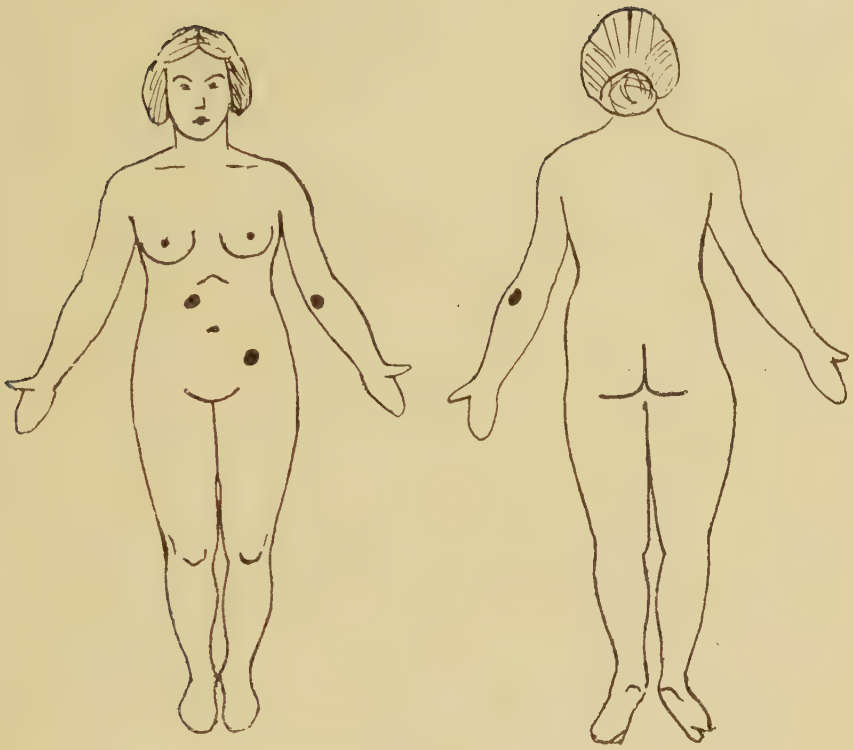

FIG. 16 (Obs. VIII)

Urines : Albumine : 0,10 par litre.
Indoxyle : 0,035.

Pas d'enfants. Menstruation irrégulière et insuffisante, mais encore persistante.

OBSERVATION IX (personnelle)

L..., 35 ans.

Il s'agit d'un goutteux franc ayant eu sa première

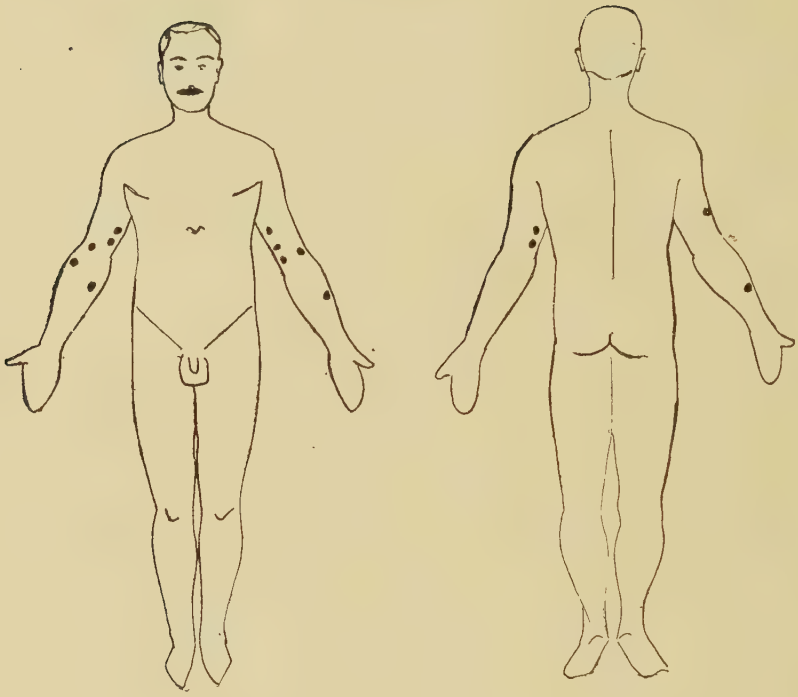

FIG. 17 (Obs. IX)

crise de goutte il y a dix ans ; les crises siègent habituellement aux orteils, parfois au cou de pied.

La lipomatose est exclusivement brachiale et antibrachiale ; 7 lipomes au membre supérieur droit, 7 lipomes également au membre supérieur gauche.

De chaque côté, il y a 5 lipomes en avant et deux seulement en arrière.

Sang	: Urée	0,39
	Ac. urique....	0,071
Urines	: Ni albumine, ni sucre.	
	Sédiment urique.	
	Pas de bactéries.	
	Indoxyle normal	

T. A. : 17 ½ - 10 ½ ; 15 ½ - 9 ½ au bout de trois semaines.

L'examen viscéral est satisfaisant.

Ce sujet étant goutteux, il a été pratiqué une intradermoréaction (technique de H. Paillard et R. Fauvert) :

1° A l'acide urique : négative.

2° Au cholestérol : faiblement positive.

OBSERVATION X (personnelle)

F..., 49 ans, ingénieur électricien.

I. — *Goutte articulaire* évoluant depuis l'âge de 42 ans : il survient en moyenne 2 à 3 accès par an généralement soignés par le colchique. Le malade, très actif, suit d'ailleurs peu son régime et les accès surviennent généralement à l'occasion d'écarts alimentaires.

Deux petits tophi auriculaires gauches.

II. — *Examen viscéral satisfaisant ;* cependant le foie dépasse le rebord costal de deux travers de doigt ; il est souple, peu ou pas sensible.

T. A. : 13 ½ - 9 1/4 (Vaquez Laubry).

III. — *Lipomes :* Leur topographie est reproduite sur la fig. 18.

Tous les lipomes sont souples, sauf un lipome du mollet droit qui est nettement tophacé et incrusté de sels durs, et un lipome au bord radial de l'avant-bras droit qui est légèrement tophacé.

IV. — *Examens de laboratoire :*

Sang	: Urée	0,46
	Ac. urique.....	0,065
	Cholestérol. . .	2,90

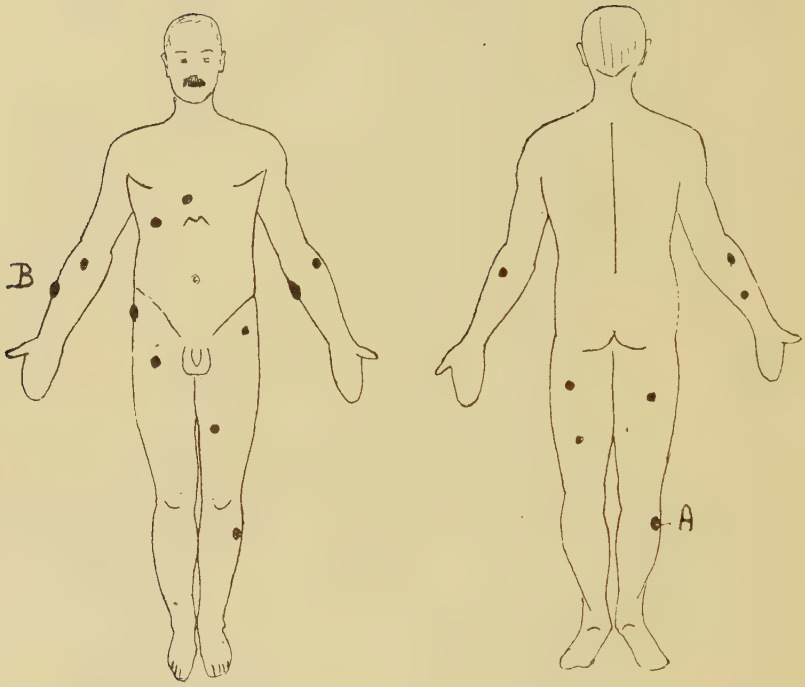

FIG. 18 (Obs. X)

A et B : Lipomes tophacés

Urines : Ni albumine, ni sucre.
1 gr. 28 d'urates par 24 heures.

Cette observation est particulièrement intéressante, car elle met en évidence les rapports de la lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres avec la goutte, sans qu'il soit question de considérations pathogéniques théoriques.

Nous retrouvons ici chez un même sujet les deux affections en évolution franche et se compénétrant localement en deux points.

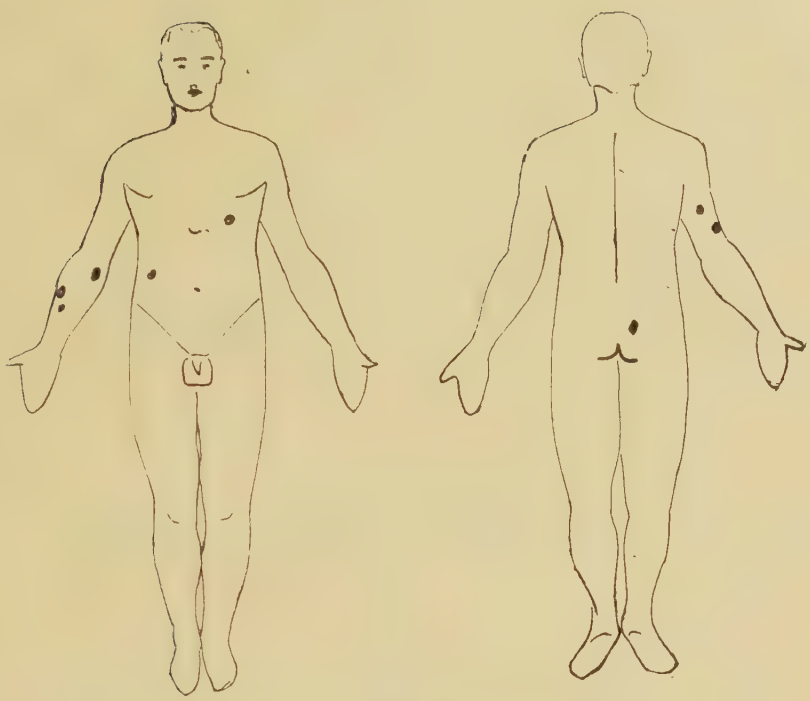

FIG. 19 (Obs. XI)

OBSERVATION XI (personnelle)

B..., 38 ans, chauffeur.

Colique néphrétique gauche en avril 1939.

Douleurs lombaires sans précisions nettes à la palpation. L'examen de la face antérieure du corps montre :

— Un lipome du rebord costal gauche,

— Un lipome du flanc droit,

— Trois lipomes de l'avant-bras droit.

L'examen de la face postérieure du corps montre :

— Un lipome sacro-iliaque droit,

— Deux lipomes de la face postérieure du bras droit.

Sur ces huit lipomes, un seul est, somme toute, situé du côté gauche.

Poids : 75 kgs 500 pour taille de 1 m. 72.

T. A. : 14 ½ - 8 ½.

Examen viscéral satisfaisant.

Urines : Ni albumine, ni sucre.

Sédiment urique : nombreux streptocoques.

Indoxyle : 0,015.

OBSERVATION XII

(due à l'obligeance de M. le Docteur Bernard Griffiths)

M... Jean, 39 ans, cultivateur.

Cet homme, vu à l'occasion d'une visite d'incorporation des réservistes, ne se plaint d'aucun trouble de la santé générale, mais présente simplement un raccourcissement de quelques centimètres du membre inférieur droit, consécutif à une fracture de la jambe survenue à l'âge de douze ans.

Le malade, dévêtu, présente une série de lipomes relativement symétriques :

— Deux sous-mammaires, le droit plus volumineux que le gauche,

— Un à la face antérieure de chaque bras,

— Un dans la région scapulaire gauche,

— Deux au niveau de la fosse iliaque externe de chaque côté ; ils sont plus saillants à la face postérieure qu'à la face antérieure du corps. Ce sont les plus volumineux de tous ceux présentés par le malade,

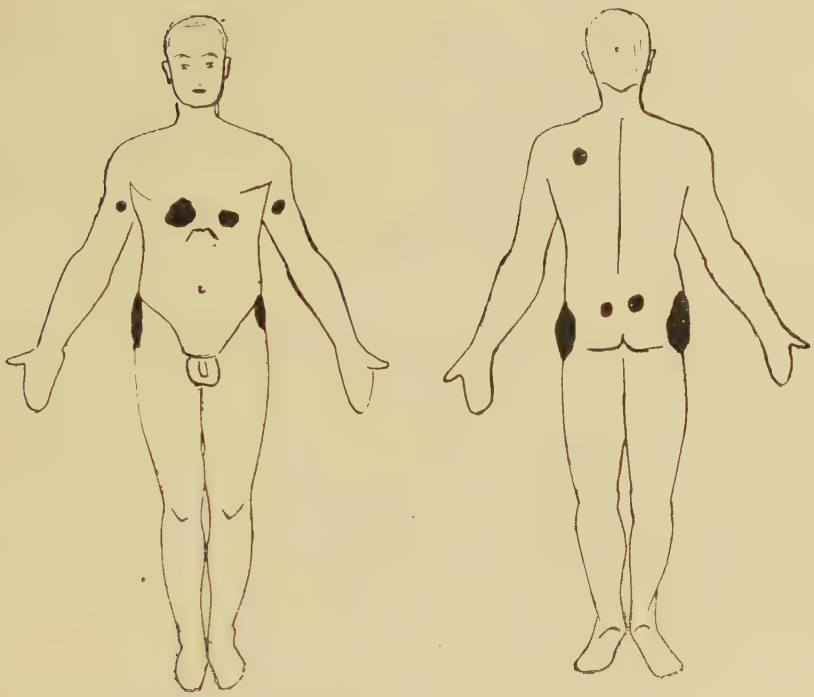

FIG. 20 (Obs. XII)

— Deux dans la région sacro-iliaque, le droit plus volumineux que le gauche.

Par leur topographie, ces lipomes sont très voisins de ceux que nous rapportons dans les autres observations.

Ils en diffèrent toutefois par deux points :

a) Un certain nombre ont un volume anormalement grand, surtout ceux des deux fosses iliaques externes.

b) Les lipomes iliaques externes et sous-mammaires, au lieu d'être franchement limités à leur périphérie, se fondent plus ou moins avec le tissu graisseux environnant.

Un examen neurologique complet pratiqué par le Docteur Bernard Griffiths ne révèle aucun signe anormal ; la réflectivité tendineuse et pupillaire, la sensibilité ne présentent aucun caractère pathologique.

L'examen viscéral est normal.

T. A. : 14 - 8.

Urines : Ni albumine, ni sucre.

OBSERVATION XIII (personnelle)

E..., 63 ans.

Ce malade est suivi depuis l'année 1922. C'est un pléthorique légèrement hypertendu en 1922 : 16 ½ - 10. Devenu plus hypertendu en 1939 : 19 - 12. Ces chiffres sont d'ailleurs réductibles par le repos et le régime restrictif.

Quelques algies articulaires peu importantes.

Foie un peu augmenté de volume, ni douloureux, ni consistant.

Examen de sang :

	Urée	Ac. urique	Cholestérol
1936	0,48	0,066	1,97
1937	0,54	0,067	1,76
1937	0,39		
1938	0,48	0,072	2,50
1939	0,42	0,090	2,10

Urines : Ni albumine, ni sucre.
Sédiment uratique.
Indoxyle normal.

L'examen systématique montre un volumineux lipome des dimensions d'une mandarine siégeant dans la région sous-mammaire droite, et un lipome du volume

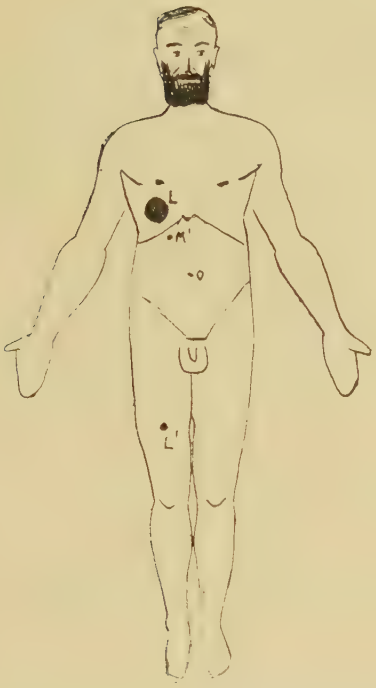

FIG. 21 (Obs. 13)

L. lipome ; L' petit lipome ; M' mamelon supplémentaire ; O ombilic

d'un gros pois, situé à la partie médiane de la face antérieure de la cuisse droite.

A signaler l'existence d'un mamelon supplémentaire dans la région sous-costale droite.

Cette observation est sensiblement différente de nos autres observations, en raison du petit nombre des lipomes ; nous la citons néanmoins ici parce qu'elle montre l'existence de la lipomatose chez un sujet pléthorique et uricémique.

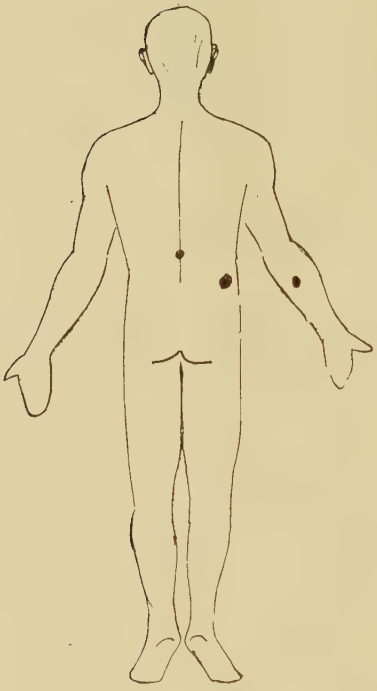

FIG. 22 (Obs. XIV)

OBSERVATION XIV

M..., 67 ans.

A 55 ans, violentes coliques hépatiques.

A 67 ans, cholécystite fébrile.

La radiographie montre un calcul biliaire du volume d'une grosse noisette.

Névralgie cervico-brachiale droite à l'âge de 60 ans.

On observe trois lipomes :

a) Sur la ligne des apophyses épineuses aux envi-

rons de la douzième dorsale (cette localisation médiane est rare).

b) A la partie postérieure du flanc droit, au-dessous de la douzième côte.

c) A la face postérieure de l'avant-bras droit.

Urée sanguine : 0,32.

Urines : Ni albumine, ni sucre.
Sédiment urique. Pas de bactéries.
Indoxyle : 0,015.

T. A. : 14 ½ - 8 1/4 en moyenne.

Poids : 75 kgs 600 pour taille de 1 m. 73.

OBSERVATION XV

M. Antony. — Les lipomes multiples et symétriques. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 mars 1912, p. 178).

H..., soldat à la légion étrangère, âgé de quarante-cinq ans, rentre en France, après avoir été réformé. En arrivant à Paris, il est hospitalisé au Val-de-Grâce pour fièvre intermittente et bronchite aiguë, le 7 mars 1892.

Le malade ne peut nous renseigner sur ses antécédents héréditaires ; il n'a point connu ses parents. Il a eu la rougeole dans l'enfance et une blennoragie à 20 ans. Il aurait eu, aussi, une fracture de la jambe gauche lors d'une chute de cheval.

Incorporé dans un régiment d'Infanterie, il a fourni un service régulier jusqu'après la guerre de 1870. Il reçut durant cette guerre une balle dans la région trochantérienne gauche. Les parties molles furent seules atteintes. Il ne reste plus de cette blessure qu'une cicatrice absolument indolore.

En 1882, à l'Hôpital militaire de Perpignan, il fut opéré de deux tumeurs : l'une de l'avant-bras droit, l'autre de la cuisse gauche qui furent déclarées de nature lipomateuse.

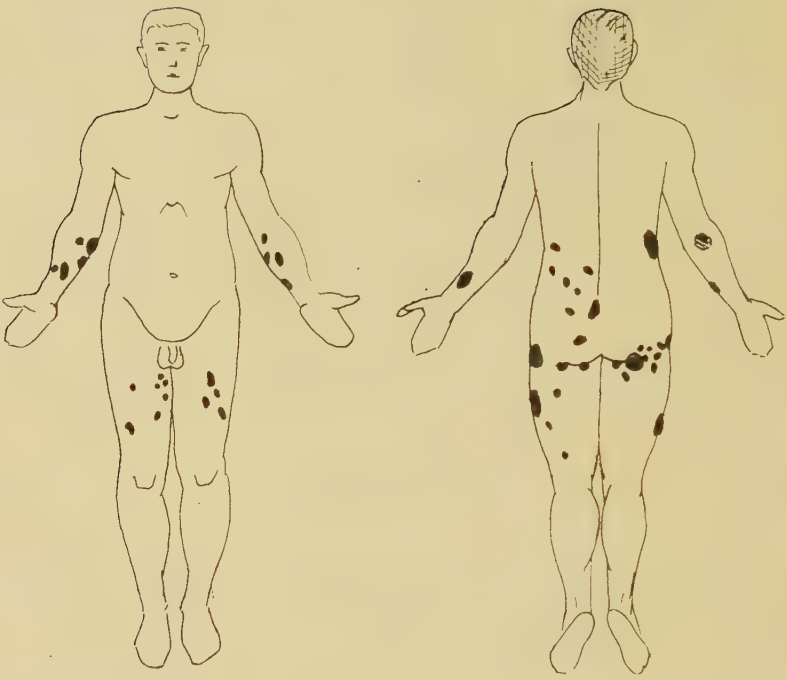

FIG. 23 (Obs. XV)

Plus loin, nous nous étendrons plus longuement sur les tumeurs analogues que présente le malade.

En 1884, à trente-sept ans, H... s'engagea dans la légion étrangère, et en 1885, étant dans la province d'Oran, il eut des accès de fièvres intermittentes présentant le type tierce, qui se reproduisirent, avec quelques interruptions, pendant trois ans. Elles étaient caractérisées par les trois stades habituels : frissons, chaleurs et sueurs.

A cette époque, il eut aussi, dit-il, des troubles gastriques, et présenta de l'œdème aux membres inférieurs.

L'impaludisme n'était pas la seule intoxication en cause, car le malade reconnaît avoir commis de nombreux excès alcooliques ; le vin était surtout sa boisson favorite.

A la suite de ces excès, il présenta à plusieurs reprises un tremblement marqué aux membres supérieurs.

A Mostaganem, en 1890, il fut employé à des travaux de terrassement, et la fièvre réapparut. Un court séjour à l'hôpital le remit sur pied.

En décembre de la même année, il fut pris, à peu près subitement, de vives douleurs le long du membre inférieur droit. En indiquant leur siège, il décrit le trajet du sciatique et de ses branches. Il resta un mois à l'hôpital.

En février 1891, nouvelle apparition de la sciatique qui s'amenda après un traitement de 15 jours.

Depuis cette époque, il ressent parfois des crampes dans le membre inférieur droit.

Son état général est celui d'un homme amaigri et paraissant plus âgé qu'il ne l'est réellement. Il se sent pourtant assez fort.

Les fonctions digestives s'accomplissent normalement. Bien que la rate ait diminué de plus d'un tiers depuis l'entrée du malade au Val-de-Grâce, elle présente encore une légère hypertrophie et mesure 10 centimètres de longueur sur 8 de largeur ; la palpation en est légèrement douloureuse. Le foie ne déborde pas les fausses côtes, mais il remonte presque au mamelon et on constate une matité de 11 cm. dans la ligne mamillaire.

On note encore quelques râles de bronchite à la base des poumons.

Le cœur n'est pas hypertrophié, mais, à la pointe, le premier bruit est soufflé, et à la base, on constate un retentissement diastolique de l'aorte ; les artères sont flexueuses et dénotent une tendance à l'athérome.

Les urines sont légèrement foncées ; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

Les deux genoux sont le siège de craquements secs. La jambe droite est sillonnée de varices assez volumineuses non ulcérés, surtout développées à la région postéro-interne, tandis que la peau de la région antérieure est amincie et présente de nombreuses traces de plaies mal cicatrisées.

Tout le membre inférieur droit est légèrement amaigri ; des mensurations effectuées à diverses hauteurs ont donné une différence d'environ un centimètre entre la cuisse droite

et la cuisse gauche. Mais la particularité la plus intéressante des troubles trophiques constatés chez ce malade consiste dans la présence, en certaines régions, **d'une foule de petites tumeurs,** dont les caractères physiques sont nettement ceux des lipomes.

Quelques-unes de ces tumeurs sont en effet bien limitées, rénitentes, demi-molles, et roulant sous la peau, mais les autres sont mal définies et ne semblent qu'une simple induration du tissu cellulaire sous-cutané. Deux de ces tumeurs furent enlevées à Perpignan ; leur examen confirma le diagnostic de lipome.

La tête, le cou, les creux sus-claviculaires ne présentent aucune de ces tumeurs qui sont toutes cantonnées à la moitié inférieure du tronc, aux avant-bras et aux cuisses. Les autres régions en sont complètement dépourvues.

La plus volumineuse atteint le volume d'une mandarine, elle est située au-dessous de l'hypochondre droit. A gauche, dans la région fessière, on en trouve huit plus petites, irrégulièrement disséminées. Des deux côtés, et au niveau du pli fessier, on constate l'existence de véritables plaques lipomateuses symétriques. On a de la peine à les différencier les unes des autres et à les compter. Il n'y en a pas moins de dix à droite.

A la face postérieure des cuisses, les lipomes sont moins nombreux, on n'en trouve que trois ou quatre.

En avant, la cuisse droite nous en offre huit ; remarquables par leur petitesse. Il faut palper avec soin la peau et le tissu cellulaire sous-jacent pour reconnaître certains d'entre eux, particulièrement au voisinage des adducteurs.

A gauche, dans la région correspondante, il y en a quatre plus volumineux, de la grosseur d'une amande ou d'un abricot.

A la face antéro-interne de chaque avant-bras, nous trouvons quatre lipomes de grosseurs différentes. La face postérieure de l'avant-bras gauche en offre un des plus volumineux. Il en existait autant à droite.

On peut évaluer environ à cinquante le chiffre de ces tumeurs. Elles auraient commencé à apparaître vers l'âge de

dix-huit ans. Elles se sont montrées successivement, petit à petit. Le malade n'en a jamais éprouvé aucune gêne ni aucune souffrance , elles sont absolument indolores.

Réflexions.

H... est un rhumatisant, comme en témoigne l'arthrite sèche des genoux et la sciatique dont il a souffert, à deux reprises, en 1891 et 1892. La sciatique figure assez souvent dans l'histoire des malades porteurs de lipomes multiples et symétriques ; dans le cas présent, il importe de remarquer qu'elle ne s'est manifestée que longtemps, — plus de vingt ans — après l'apparition des tumeurs.

L'intoxication malarienne, postérieure en date, ne saurait être invoquée comme cause occasionnelle de ces troubles dystrophiques.

Notre malade a fait, de son propre aveu, de nombreux excès alcooliques, il a même présenté quelques symptômes morbides de cette intoxication ; c'est là une particularité qui a été signalée assez fréquemment dans l'étiologie des lipomateux, notamment par les auteurs anglais.

Ces tumeurs sont restées bénignes, indolentes et stationnaires ; celles qui furent enlevées, ne se sont pas reproduites. Si quelques-unes sont faciles à délimiter, de consistance molle, mobiles et développées dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans adhérence ni à la peau, ni aux aponévroses ; d'autres présentent des caractères différents. Elles sont assez élastiques, dures, elles font corps avec la peau ; et elles semblent ne consister qu'en une infiltration des parties profondes du tégument.

On trouve chez cet homme tous les caractères décrits, toutes les formes de transition des lipomes, des pseudo-lipomes, et de l'œdème rhumatismal limité chez lui, — il est vrai, — à une faible étendue de la peau ; ce cas justifie pleinement, à notre avis, l'opinion de nos collègues qui identifient ces trois sortes d'altérations.

Le développement symétrique de ces tumeurs nous paraît aussi une preuve indéniable de leur origine névropathique.

OBSERVATION XVI

A. Clerc et D. Thibaut. — Lipomes multiples et symétriques. — Topographie radiculaire. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1910, p. 250).

Nous avons l'honneur de présenter à la société un malade (Mme L...), âgée de soixante-neuf ans, entrée le 23 juin 1909 à l'Infirmerie des Ménages, dans le service de notre Maître M. Wurtz, pour une arthrite du poignet gauche ; c'est incidemment que l'on a constaté chez elle la présence d'un certain nombre de petites tumeurs sous-cutanées dont la forme, la consistance et la répartition présentent des caractères tout à fait spéciaux.

Ces tumeurs, dont la taille varie de celle d'une noisette à celle d'une petite mandarine, s'observent à la seule inspection, au niveau des membres qui apparaissent comme bosselés, sans que leur déformation soit uniforme ni excessive ; parmi les masses, les unes sont arrondies, les autres aplaties et polylobulées, mais elles n'adhèrent pas aux plans profonds sur lesquels on les fait facilement rouler. La peau, à leur niveau, est absolument saine ; leur consistance est semi-molle, semi-élastique et donne l'impression d'un tissu fibreux bridant par place un tissu plus mou et lobulé ; la palpation des tumeurs est à peu près indolore ; en tous les cas, il n'existe ni hyperesthésie ni douleurs spontanées ; par suite du refus de la malade, une biopsie n'a pu être pratiquée, mais diverses ponctions exploratrices sont restées blanches ou n'ont amené qu'un peu de sang.

La répartition des tumeurs attire d'emblée l'attention. Absentes au niveau du tronc et du cou, elles existent au niveau des membres inférieurs et surtout au niveau des membres supérieurs, présentant une symétrie évidente et se groupant en traînées ou en amas ; au niveau du bras gauche existe, sur le bord interne, une sorte de placard de la largeur de la paume de la main, formé de plusieurs tumeurs secon-

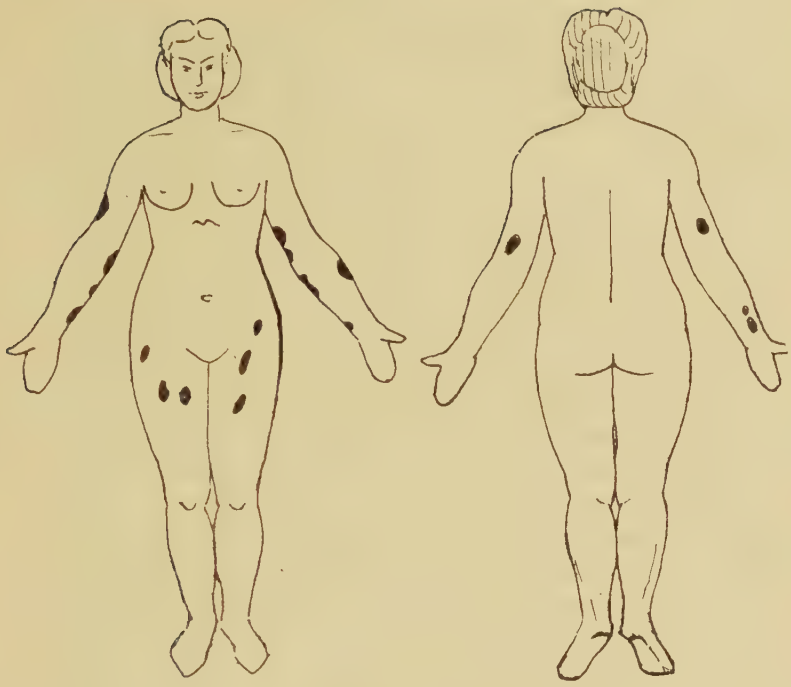

FIG. 24 (Obs. XVI)

daires qui semblent fusionnées. C'est à ce niveau que l'affection s'est manifestée pour la première fois et que les lésions ont atteint leur maximum d'intensité ; c'est le seul point où la malade ressente quelques douleurs vagues spontanées ou provoquées par la pression ; à la face postérieure du même bras gauche existe une masse bien moins volumineuse que la précédente. A l'avant-bras sont développées quatre tumeurs, trois sur le bord interne et une sur le bord externe. Du côté droit la disposition est analogue, au niveau de l'avant-bras ; au bras, il n'existe pas de tumeurs sur le bord interne, mais on en constate une au niveau du bord externe et une autre à la face postérieure, symétrique par rapport à celle du bras gauche. Sur la partie supérieure de la cuisse droite (face externe) se trouvent trois éléments de la grosseur d'une

petite prune, dont l'un s'est développé au sommet au triangle de Scarpa ; la cuisse gauche porte également trois tumeurs situées dans la même région que celles signalées du côté droit.

Bien que, sur les membres correspondants, le nombre des tumeurs ne soit pas exactement pareil de chaque côté (neuf à gauche et dix à droite), leur symétrie et leur disposition en chapelet ou en amas n'en frappent pas moins, dès le premier abord ; mais, si nous les disposons sur le schéma ci-joint, leur topographie radiculaire devient indéniable ; on en trouve, en D I, trois à droite et quatre à gauche ; en C 5, une à gauche et deux à droite ; en C 6 et C 7, une à gauche et deux à droite, ces dernières presque juxtaposées. Aux membres inférieurs, les éléments sont exclusivement situés de chaque côté, sur les territoires de la première et de la deuxième lombaire.

Le développement de l'affection s'est montré remarquablement insidieux ; c'est en 1870 que la première masse aurait fait son apparition à la partie interne du bras gauche ; à ce moment, il y aurait eu de légères douleurs, mais l'attention de la malade a été si peu attirée sur ce point qu'elle est incapable de dire quand et dans quel ordre se sont développées les tumeurs suivantes, dont l'état semble stationnaire depuis longtemps ; pourtant le dernier élément se serait développé il y a quelques mois seulement, au bord externe de l'avant-bras gauche, à la suite d'un incident morbide survenu à la fin du mois de juin 1909 ; vers cette époque, en effet, à une quinzaine de jours d'intervalle, nous avons observé l'apparition successive de deux arthrites, l'une siégeant au poignet gauche et l'autre au genou du même côté. Les articulations étaient douloureuses et tuméfiées, la peau était à leur niveau luisante, légèrement rouge ; en même temps on notait une fièvre légère ne dépassant pas 38°, et quelques troubles généraux (céphalée, troubles digestifs, courbature) ; mais, chaque fois, la guérison s'est produite en quatre ou cinq jours, et les phénomènes articulaires ne se sont plus manifestés ; d'ailleurs la malade n'en avait jamais présenté de semblables. Nous rappellerons aussi que les tu-

meurs n'ont subi, à ce moment, aucune poussée fluxionnaire et sont restées, comme par le passé, indolentes.

Nous ne trouvons aucun signe d'une lésion nerveuse profonde ; les réflexes pupillaires et rotuliens sont normaux ; il n'existe pas de troubles moteurs, de troubles sensitifs ni d'atrophie musculaire ; l'intelligence est restée vive et il n'y a aucune tendance à la dépression psychique. Pourtant notre malade est d'une émotivité extrême, pleure facilement au récit de chagrins qu'elle aurait éprouvés ; en même temps on voit apparaître un tremblement à secousses rapides, siégeant aux doigts et aux lèvres, mais à peine marqué à l'état de repos ; cette disposition daterait d'ailleurs de l'enfance. Ce tremblement ne s'accompagne d'aucun signe anormal du côté de la glande thyroïde ; le pouls est bien frappé et régulier, le nombre des pulsations ne dépassant pas le chiffre de 70 par minute. Les différents viscères sont indemnes ; notre malade, loin de présenter un pannicule adipeux développé, est maigre, bien que d'apparence florissante ; il n'y a trace ni de syphilis ni de tuberculose.

Madame L... n'a jamais toussé, n'a jamais présenté aucune affection pulmonaire et ne porte aucune cicatrice suspecte ; elle se plaint seulement, de temps en temps, de troubles gastriques vagues et sans caractères spéciaux. L'analyse des urines a donné les renseignements suivants : quantité par vingt-quatre heures, 1.200 grammes ; urée, 30 grammes ; phosphates, 1 gr. 80 ; chlorures, 14 gr. ; acide urique, 0 gr. 45 ; ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires.

Le sang contenait, par millimètre cube, 4.500.000 globules rouges. Sur 100 leucocytes, on comptait 70 polynucléaires, 29 monucléaires et lymphocytes, 1 éosinophile.

Les antécédents héréditaires de Mme L... nous apprennent que son père est mort à 90 ans et sa mère à 86 ; un frère actuellement en bonne santé est âgé de 70 ans. Elle-même n'a jamais été malade et a exercé pendant longtemps les fonctions d'institutrice ; ses règles sont apparues à l'âge de 16 ans ; mariée, elle n'a jamais eu d'enfant ni fait de fausse-couche ; la ménopause s'est produite à l'âge de 52 ans et sans accident.

OBSERVATION XVII

Rathery et Léon Binet. — Deux cas de lipomatose symétrique. 1re Observation. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 26 juillet 1917, p. 204).

Del..., âgé de trente-huit ans, vient à la consultation de l'Hôpital Tenon, le 1er juillet ; il se plaint de fatigue générale, d'asthénie, de douleurs vives dans les membres inférieurs et supérieurs, et cela depuis deux mois ; il a remarqué, d'autre part, que son caractère s'est notablement modifié ; doux autrefois, il est devenu irritable et s'emporte à la moindre cause.

L'examen du malade permet de déceler l'existence de tumeurs multiples que nous allons étudier : ces tumeurs sont survenues il y a une douzaine d'années ; elles ont apparu sous forme de petites masses à peine perceptibles au niveau de l'avant-bras ; elles ont augmenté peu à peu de volume sans déterminer de douleurs vives ; le malade n'accuse qu'une sensation d'engourdissement au niveau des régions qui sont le siège de ces productions.

Membres supérieurs. — C'est surtout aux avant-bras que les tumeurs se sont développées assez symétriquement.

A gauche. — 1° Une tumeur de la grosseur d'une amande, allongée dans le sens de l'axe du membre, au niveau du bord interne de l'avant-bras.

Quatre autres à la face postéro-interne.

2° Au niveau du bras, à la face interne, vers la partie moyenne, une petite tumeur de la grosseur d'un pois.

Rien à la main.

A droite. — 1° Au niveau de l'avant-bras, disposé symétriquement avec celle du bras gauche, une tumeur de même volume et de même aspect ; cette tumeur est environnée de cinq autres petites tumeurs de la grosseur d'un pois, trois supérieures et deux inférieures.

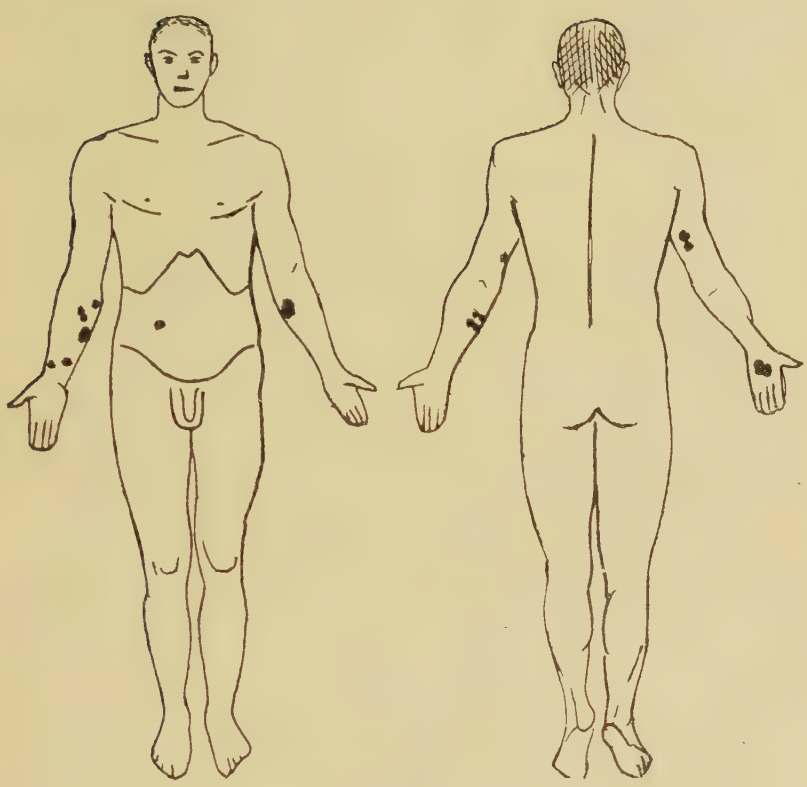

FIG. 25 (Obs. XVII)

2° Au niveau du bras, à la face interne, partie moyenne : deux petites tumeurs de la grosseur d'un pois.

Toutes ces tumeurs sont bien circonscrites, mobiles sur la peau et les plans sous-jacents, non douloureuses ; elles siègent nettement dans le tissu sous-cutané ; le pannicule sous-cutané est modérément développé.

Abdomen. — Il exise à droite de la ligne médiane, une tumeur volumineuse de la grosseur d'une noisette.

On ne trouve aucune autre production anormale, soit

aux membres inférieurs, soit au niveau de la tête, soit sur le reste du corps.

Examen général du malade :

Poumons. — Normal.

Cœur. — Normal ; le pouls bat à 64.

App. digestif. — L'appétit est bon, les selles régulières.

Syst. nerveux. — Réflexes pupillaires, rotuliens, achilléens, olécraniens, normaux ; pas de troubles de la sensibilité.

Urines. — Un premier examen d'urine portant sur une seule miction n'a rien décelé d'anormal : ni sucre, ni albumine. Un deuxième examen comprenant l'étude systématique des urines fractionnées de 24 heures permit d'observer de l'albumine intermittente, dans trois émissions.

1° en se levant	+
2° de 5 h. à midi	+
3° midi à 4 h.	0
4° 4 h. à 7 h.	0
5° 7 h. à coucher	traces
6° nuit	0

Fonctions génitales normales.

Sang. — L'examen du sang nous a donné les renseignements suivants :

Globules rouges	3.564.000
Globules blancs	14.700
Polynucléaires neutrophiles	59
Eosinophiles	8
Mononucléaires	33

Il existe donc chez ce malade une leucocytose légère avec une éosinophilie très marquée. Notons enfin que le malade pèse 84 kg.

Nous avons recherché si dans les antécédents de ce malade, on pouvait noter des renseignements intéressants. Dans ses antécédents héréditaires, nous ne trouvons aucun fait méritant d'être rapporté, la mère est morte d'un cancer, le

père d'une maladie inconnue du malade, ses frères et sœurs sont bien portants. Dans ses antécédents personnels, on note une scarlatine dans le tout jeune âge, une attaque de rhumatisme articulaire aigu à vingt ans, une blennorragie à vingt-huit ans ; pas de paludisme ; le malade n'a jamais séjourné dans les colonies.

OBSERVATION XVIII

RATHERY et LÉON BINET . — Deux cas de lipomatose symétrique. 2e Observation. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 26 juillet 1912, p. 206).

Le nommé B..., âgé de quarante ans, vient consulter le 19 mai pour des douleurs lombaires apparues il y a six jours ; ces douleurs sont bilatérales, gênent les mouvements du malade et sont augmentées très légèrement par la pression des masses sacro-lombaires. En réalité, il s'agit là d'un simple lumbago qui n'a pas de rapport, au moins immédiat, avec la présence de tumeurs multiples que nous constatons.

Le malade nous apprend, qu'il y a une dizaine d'années, sont survenues, sans cause apparente, sans douleur, et d'une façon insidieuse des petites tumeurs au niveau des avant-bras ; d'autres ont ensuite fait leur apparition au niveau du dos, des membres inférieurs, de l'abdomen ; toujours ces masses ont évolué sans douleur aucune et ont augmenté progressivement ; les plus volumineuses n'ont pas augmenté depuis trois ans.

Ces tumeurs sont à ce point nombreuses, en certaines régions, comme au bras, qu'elles déforment complètement le membre et qu'il est difficile de les compter : nous en avons numéroté sur tout le corps plus de 110 ; quelques-unes atteignent le volume d'une demi-mandarine, d'autres, celui d'un pois ; pour les sentir, il faut passer légèrement la main sur le tégument et on sent alors nettement ces petites productions de consistance assez dure, présentant cependant une

certaine mollesse, nettement isolable de la peau et des plans sous-jacents ; quelques tumeurs sont tellement nombreuses, en certains points qu'elles semblent s'agglomérer en donnant la sensation d'une masse lobulée ; elles ne sont nullement douloureuses à la palpation.

Nous allons rapidement énumérer le siège de ces tumeurs.

Bras. — Les deux bras sont complètement déformés.

A droite. — Il existe des tumeurs sur l'avant-bras et le bras ; on note une tumeur plus volumineuse sur l'avant-bras, composée d'une réunion de plusieurs de ces tumeurs.

A gauche. — Les tumeurs sont moins nombreuses et moins volumineuses, mais il en existe encore une quinzaine.

Rien à la main des deux côtés.

Tête. — Indemne.

Thorax. — Il existe une grosse tumeur sous l'aisselle droite ou plutôt sur le bord antérieur de celle-ci, et une série de petites tumeurs sur la région pectorale.

Rien à gauche, sauf en arrière, où il en existe une, assez petite, à peu près symétrique de la tumeur volumineuse située du côté droit.

Abdomen. — On note quatre à cinq tumeurs sur l'abdomen, une à droite, trois à gauche.

Lombes. — Nombreuses tumeurs dans la région lombaire et au niveau de la région fessière (volume d'une noix à un pois).

Membres inférieurs. — Deux tumeurs volumineuses (1/2 mandarine) au niveau du triangle de Scarpa disposées symétriquement des deux côtés.

Sept à huit tumeurs sur la cuisse, face antérieure, des deux côtés.

Six à huit tumeurs sur la partie postérieure des deux cuisses en arrière.

Rien aux pieds ni aux jambes.

L'examen des différents organes du malade n'a permis de déceler rien de particulier.

Système respiratoire. — Normal.

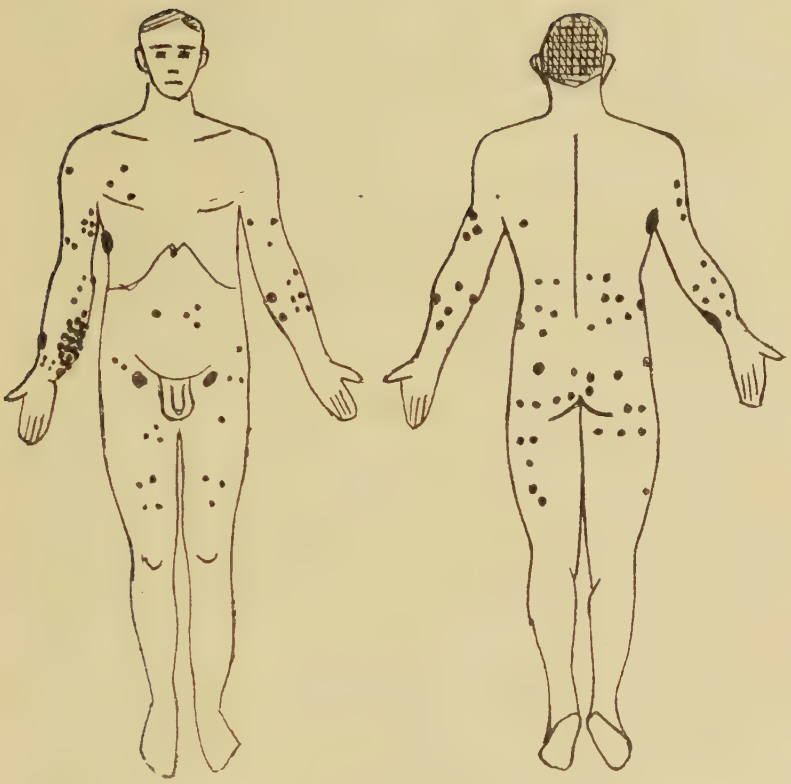

FIG. 26 (Obs. XVIII)

Cœur. — Normal.

Système urinaire. — Pas d'albumine ; fonctions génitales normales.

Système digestif. — Normal.

Système nerveux. — Réflexes pupillaires normaux, il existe un léger strabisme interne de l'œil gauche qui s'est manifesté dès les premières années.

Réflexes : rotuliens, achilléens, olécraniens, normaux.

Pas de troubles sensitifs.

L'intelligence est normale, la force musculaire est très

bien conservée ; le malade est tailleur de pavés et son affec ne le gêne en rien.

Il se plaint seulement de temps en temps de douleurs intercostales ; il aurait été soigné pour ces dernières, il y a trois ans, et on aurait à ce moment découvert ces tumeurs ; il aurait été traité par l'arsenic.

Sang. — L'examen complet du sang n'a pas été pratiqué à cause de l'indocilité du malade ; nous avons pu cependant noter les faits suivants, à l'examen du sang sur lame :

Polynucléaires	70
Mononucléaires	26
Eosinophiles	4

Quant aux antécédents du malade, ils ne présentent rien d'important à noter : la mère et le père sont morts accidentellement ; une des sœurs du malade est morte à quinze ans de tuberculose, son frère est bien portant, mais obèse. Au point de vue de ses antécédents personnels, nous ne notons que des convulsions dans le tout jeune âge à la suite desquels le malade aurait conservé le strabisme qu'il présente ; pas de fièvre éruptive, 3 blennorragies, pas de syphilis ; le malade pèse tout habillé 90 kgs., il ne présente donc qu'une obésité très légère et son pannicule adipeux est peu développé.

CHAPITRE III

LA LIPOMATOSE NODULAIRE DE LA CEINTURE ET DES MEMBRES

ETUDE NOSOLOGIQUE

Nous avons décrit plus haut les principaux caractères cliniques de la L. N. C. M. Essayons de voir maintenant les affinités pathologiques de cette affection, le cadre dans lequel on la rencontre et la place que l'on peut lui assigner dans le cadre nosologique.

I. — **La L. N. C. M. n'est pas forcément un attribut de l'obésité ; elle peut être observée chez des individus maigres.**

Pour tous les sujets dont l'observation est rapportée ci-après, nous n'avons pas toujours l'indication du poids, mais nous savons que, dans un quart des cas au moins, il s'agit de sujets non obèses. Si l'adiposité diffuse est la maladie la plus frappante et sans doute aussi la plus fréquente du tissu cellulaire sous-cutané, elle n'est

pas la seule. La cellulite, par exemple, peut s'observer tout aussi bien chez les sujets maigres que chez les sujets gras et il en est de même de la lipomatose nodulaire.

Dans quelques cas, nous avons vu la cellulite coexister avec la lipomatose nodulaire comme si cette dernière était une cellulite concrétisée à opposer à la cellulite diffuse, mais en fait, nous pensons bien que la lipomatose nodulaire est très différente de la cellulite; c'est une maladie tumorale bénigne, alors que la cellulite est une inflammation diffuse du tissu cellulaire sous-cutané.

II. — La L. N. C. M. est parfois familiale.

Nous en rapportons ici deux cas. Nous avons pu observer avec précision les deux malades dont nous exposons l'histoire et nous avons dû nous contenter des indications qu'ils nous donnaient concernant l'atteinte des autres membres de la famille, mais il s'agit de sujets bons observateurs, intelligents et nous pouvons tenir compte de leurs déclarations.

Dans le premier cas (observation 1) la L. N. C. M. existait chez la mère, chez un frère et chez une sœur.

Dans le deuxième cas (observation 3) la même maladie existait chez un frère.

Il en était de même chez un autre sujet dont l'histoire nous a été exposée, mais sur lequel nous n'avons aucun document précis. En tout cas, la notion vaut la peine d'être retenue. Elle n'est sans doute pas plus frappante ici, que ne l'est une hérédité dysendocrinienne, mais elle semble bien montrer que la L. N. C. M. s'apparente bien aux maladies de la nutrition ou aux maladies dystrophiques. Le caractère familial a d'ailleurs été signalé antérieurement par Mackensie, Robinson, Tischler, Tikoff, Lyon, Chevers, Ochsner, Martin, Zacharias, Bonnefous et Vadiguié.

III. — Examen du sang au cours de la L. N. C. M.

1. *Examen chimique.*

Dans onze cas, nous avons pratiqué le dosage de *l'urée dans le sang* ; celle-ci a varié de 0,27 à 0,54. Ce dernier chiffre mis à part, l'urée sanguine est sensiblement normale dans tous les cas.

Dans 9 cas, nous avons pratiqué le dosage de l'*uricémie*. Il est intéressant de noter que celle-ci s'est toujours montrée supérieure à la normale, variant de 0,062 à 0,09. Ce fait corrobore la parenté que nous pensons pouvoir établir parfois entre la goutte et la lipomatose nodulaire.

Dans 9 cas (qui ne se superposent pas exactement aux précédents) nous avons dosé le *cholestérol sanguin* qui a varié de 1,57 à 2 gr. 90. Sur ces 9 cas, six fois le cholestérol sanguin est supérieur à 2 gr. L'hypercholestérolémie semble donc avec l'hyperuricémie, un attribut de la L. N. C. M.

Il faut noter toutefois que la plupart de ces malades ont été observés à Vittel ; ils n'y sont pas venus pour leur lipomatose nodulaire, mais pour telle ou telle affection dyscrasique, rénale ou articulaire qui peut justifier par ailleurs de telles modifications sanguines.

2. *Examen cytologique.*

Cet examen a été pratiqué par Rathery et Léon Binet d'une part, par Clerc et Thibaut d'autre part. Voici le résultat de l'examen du sang pour le premier malade de Rathery et Léon Binet :

Globules Rouges	3.564.000
Globules Blancs	14.700
Polynucléaires neutrophiles	59 %
Polynucléaires éosinophiles	8 %
Mononucléaires	33 %

donc, leucocytose légère avec éosinophilie.

Pour le second malade des mêmes auteurs, voici la formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	70 %
Polynucléaires éosinophiles	4 %
Mononucléaires	26 %

Voici le résultat de l'examen du sang de la maladie de Clerc et Thibaut :

Polynucléaires neutrophiles	70 %
Polynucléaires éosinophiles	1 %
Mononucléaires	29 %

IV. — **Examen des urines.**

Sur les 14 malades que nous avons observés, nous trouvons l'indication d'une analyse d'urine assez précise pour douze d'entre eux.

Deux présentent une albuminurie légère.

Aucun d'entre eux ne présente de glycosurie, mais l'un est un ancien petit diabétique ; sa glycémie était normale au moment où il a été observé,

L'indoxyle urinaire a été dosé neuf fois ; cinq fois il était supérieur à la normale atteignant 20 à 40 milligrammes par litre.

En ce qui concerne le chiffre des éliminations uratiques urinaires, chez un lipomateux goutteux (observation X) nous avons noté 1 gr. 28 d'urates dans les urines de 24 heures. Souvent nous avons relevé, chez les autres malades, un sédiment urinaire uratique abondant.

V. — **Etat circulatoire.**

La tension artérielle a été prise chez nos 14 malades, il n'y a pas un seul hypotendu, puisque le chiffre minimum que nous observons est 14 1/2-7 1/2. Trois fois la tension était assez nettement supérieure à la normale 17-1/2-10 1/2, 17-11 et 19-12. Dans les autres cas la tension était sensiblement normale.

VI. — **Coexistence avec d'autres affections.**

Voici tout d'abord un tableau que nous empruntons à Roch et Mozer et qui porte sur l'étude de 95 cas observés par eux ou rassemblés dans la littérature ; ce tableau a été établi en 1925.

Fractures :	2 cas	Alcoolisme :	3 cas
Cancer du sein :	1 cas	Atrophie musculaire	1 cas
Varices :	1 cas	Paraplégie spasm.	1 cas
Typhus :	1 cas	Paralysie générale :	1 cas
Lèpre :	1 cas	Tabes :	1 cas
T. pulmonaire :	4 cas	Asthénie :	1 cas
Lupus :	1 cas	Névralgies :	4 cas
Syphilis :	2 cas	Lumbago :	1 cas
Blennoragie :	1 cas	Rhumatisme :	6 cas
Pneumonie :	1 cas	Arthrite :	3 cas
Paludisme :	2 cas	Arthritisme :	2 cas
Entérite :	1 cas	Goutte :	1 cas
Néphrite :	1 cas	Obésité :	5 cas
Asthme :	1 cas		

Ainsi que le disent Roch et Mozer, il s'agit d'une véritable salade qui semble à priori peu utilisable. Remarquons que bien des observations ont pu être incomplètement prises et que souvent on a décrit la L. N. C. M. sans s'inquiéter beaucoup des contingences. Néanmoins il ressort assez nettement que « les affections rhumatismales et arthritiques coïncident souvent avec les lipomes 22 fois sur 50 cas » (Roch et Mozer).

Que trouvons-nous pour nos 14 cas personnels ?

Deux fois une goutte franche.

Trois fois des coliques néphrétiques.

Cinq fois des douleurs rhumatismales.

Une fois la lithiase biliaire.

Une fois un alcoolisme certain.

Deux fois un état de santé n'offrant que peu de particularités anormales.

Comme Roch et Mozer, nous insistons donc sur la coexistence fréquente de la L. N. C. M. avec les troubles généraux de la nutrition.

Il est intéressant, en particulier, de souligner que la parenté avec la goutte peut ne pas être seulement une question d'état général, mais aussi une question de lésion locale. Chez le malade de l'observation X, certains lipomes étaient tophacés et nous trouvons là une conjonction locale assez intéressante des deux maladies.

Chez un goutteux nous avons pratiqué une intradermo-réaction à l'acide urique et au cholestérol suivant la technique de H. Paillard et R. Fauvert ; comme on l'observe presque toujours en pareil cas, l'intradermoréaction a été positive au cholestérol et négative à l'acide urique.

VII. — **Sexe et L. N. C. M.**

Le sexe masculin est prédominant. Sur 85 cas collationnés par Roch et Mozer on trouve 64 hommes et 21 femmes, donc 3 hommes pour une femme.

Sur nos 14 cas nous trouvons 12 hommes et 2 femmes, donc une prédominance nette pour le sexe masculin.

VIII. — **Le Système nerveux intervient-il dans la topographie de la L. N. C. M. ?**

Beaucoup d'auteurs ont noté la symétrie relative de la lipomatose. Il suffit de consulter les nombreux schémas que nous reproduisons ici pour se rendre compte que cette symétrie n'est que très approximative.

Néanmoins Clerc et Thibaut ont pensé y trouver, dans une certaine mesure, une topographie radiculaire et citent une série d'auteurs ayant émis des opinions sur le rôle du système nerveux dans le déterminisme de la topographie des lipomes ou de certaines affections du tissu cellulaire sous-cutané telles que la maladie de Dercum (Grosch, Bouju, Milian, Sainton et Ferrand).

Ces considérations sont du domaine de l'hypothèse.

Chez aucun de nos malades, nous n'avons trouvé de lésion vertébrale ou périvertébrale, de troubles de la sensibilité à type radiculaire ou de signes quelconques d'une affection neurologique.

Nous constatons parfois l'existence de sciatiques ou de lumbago, mais il n'y a aucune concordance entre la topographie des troubles douloureux et des localisations lipomateuses.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Lorsque les lipomes sont multiples, lorsqu'ils ont franchement la consistance lipomateuse, le diagnostic semble ne devoir comporter aucune difficulté.

Lorsque les lipomes sont peu nombreux, lorsqu'ils siègent dans une région ganglionnaire on peut penser parfois à une *adénite tuberculeuse,* parfois aussi à une *gomme syphilitique* ou *mycosique,* ces deux dernières pouvant siéger en un point quelconque du corps.

Des erreurs ont été commises par des médecins ne connaissant pas la lipomatose nodulaire ; elles nous paraissent facilement évitables.

Reste une question très importante : la **neurofibromatose ou maladie de Recklinghausen.**

Nous n'en avons personnellement jamais observé de cas, alors que nous rapportons 14 observations personnelles de lipomatose nodulaire de la ceinture et des

FIG. 27

Neuro-fibromatose (imité d'André Léri). Noter les neuro-fibromes céphaliques, cervicaux, thoraciques, brachiaux, fémoraux et tibiaux.

membres, soit que nous les ayions observées nous-même, soit que nous les ayions trouvées dans les archives du laboratoire de pathologie interne et générale de Clermont-Ferrand.

Mais la neurofibromatose est loin d'être rare ; il suffit de consulter les Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, pour trouver, presque chaque année, des observations importantes concernant ce sujet.

Nous voulons résumer brièvement les caractères de cette maladie d'après les travaux de Pierre Marie, Guillain, Laignel-Lavastine, Thibierge, Jeanselme, André Léri, etc...

Quatre signes sont importants au cours de cette affection :

1° Des taches pigmentaires, brunâtres, variant de la dimension d'une lentille à une large paume de main et pouvant siéger sur tout le corps sauf la paume des mains ou la plante des pieds. Ces taches affectent volontiers une orientation radiculaire, avec grand axe horizontal au tronc, vertical aux membres. La pigmentation est presque toujours accentuée sur le tronc que sur les membres.

2° Présence de tumeurs a type de molluscum, pendulum, pigmentées ou non, du volume d'une tête d'épingle à un noyau de cerise ou une noix. Il existe souvent une ou plusieurs tumeurs majeures, parfois une « tumeur royale », sans que l'on puisse attribuer à la topographie de celle-ci une signification particulière. Ces tumeurs ont une consistance molle, comparable à celle d'un grain de raisin vidé.

Ces tumeurs sont de véritables tumeurs cutanées et n'ont pas de rapport avec les nerfs ; on ne peut affirmer qu'elles ont une disposition radiculaire.

Elles sont généralement plus nombreuses et plus importantes au tronc qu'aux membres, bien que la tumeur royale puisse se trouver par exemple au mollet. (Laignel-Lavastine et Ravier).

3° Présence sur les nerfs périphériques de petites tumeurs de consistance fibreuse s'étageant le long du nerf et lui donnant un aspect de chapelet. Le lieu d'élection de ces tumeurs est généralement :

Le plexus cervical,

Les avants-bras,

Les nerfs intercostaux,

Le fémoro-cutané et les branches du nerf crural,

Parfois le sciatique poplité externe ou le sciatique poplié interne.

Ces tumeurs sont dures, roulent sous le doigt ; elles sont parfois sensibles à la palpation.

Au cours d'une dissection très attentive (toujours plus fructueuse que la palpation), Laignel-Lavastine et Leroy ont décrit ces tumeurs qui siègent plus volontiers sur les minces filets nerveux que sur les troncs nerveux ; elles sont séparées les unes des autres par des intervalles variant de un à dix centimètres ; elles sont longues de quatre à dix millimètres ; elles sont larges de trois à quatre millimètres (dans le cas rapporté par Laignel-Lavastine et Leroy). Elles peuvent acquérir un volume beaucoup plus considérable et former un véritable névrome plexiforme qui peut siéger en des endroits très variés.

L'examen histologique montre une tumeur fibreuse engaînant le nerf, mais sans participation des éléments nerveux proprement dits.

4° Troubles nerveux généraux, asthénie, troubles mentaux, déficit intellectuel, etc...

La maladie survient à peu près également dans les deux sexes, avec une légère prédominance toutefois pour le sexe masculin.

Les quatre symptomes cardinaux que nous venons de décrire ne sont pas toujours au complet ; les taches pigmentaires manquent rarement ; tantôt il y a prédominance de molluscum cutanés ; tantôt prédominance des neurofibromes, mais nous avons dit plus haut que ces derniers pouvaient passer inaperçus à la palpation, lorsqu'ils ne sont pas très superficiels.

A ces symptômes majeurs, on a parfois ajouté des déformations squelettiques : cypho scoliose (Pierre Marie et Couvelaire, Lion et Gasne) lésions crâniennes (Laignel-Lavastine et Valence).

Il semble parfois exister des troubles glandulaires : hypotension et insuffisance surrénale (Chauffard et Brodin) virilisme et hirsutisme sans hypertension (Schiff). Dans un cas, il existait un nanisme accentué (Laignel-Lavastine et Ravier).

La maladie est parfois familiale (Schiff, Laignel-Lavastine et Ravier).

On voit donc les différences fondamentales qui séparent la lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres de la neurofibromatose :

Différence de localisation,

Différence de la nature des tumeurs,

Troubles pigmentaires,

Troubles nerveux généraux.

Si par une étude analytique précise, on est arrivé à bien connaître les caractères propres à chaque affection, l'obscurité demeure encore sur la pathogénie de l'une et de l'autre.

Dans quelles mesures le système nerveux intervient-il dans le déterminisme des lésions ? On peut l'admettre dans la neurofibromatose plus que dans la lipo-

matose. On ne saurait arguer du caractère apparemment symétrique qui existe dans certains cas de lipomatose pour admettre une origine neurotrophique de cette affection, pas plus qu'on ne pourrait faire intervenir le système nerveux pour expliquer une localisation goutteuse bilatérale par exemple.

Il n'en est pas moins vrai que, fort curieusement, la maladie de Recklinghausen et la lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres semblent avoir une topographie relativement comparable ; toutefois la première affection pouvant être topographiquement beaucoup plus étendue que la seconde.

*
* *

Nous reproduisons ci-après quelques indications bibliographiques concernant la neurofibromatose et toutes tirées des *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.*

Babonneix, Touraine et Pollet. — Maladie de Recklinghausen. Monoplégie atrophique du membre inférieur droit. Bacillose pulmonaire. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 4 décembre 1925, page 1521.

Babonneix, Touraine et Pollet. — Contribution à l'étude des lésions osseuses dans la maladie de Recklinghausen. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 18 *décembre* 1925, page 1601

A. Chauffard et P. Brodin. — Maladie de Recklinghausen avec syndrome fruste d'insuffisance surrénale. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 6 *février* 1920, page 166.

J. Comby. — Neurofibromatose généralisée chez un enfant. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 18 mars 1921, page 382.

A. Florand, P. Nicaud et P. Froment. — Maladie de Recklinghausen sans tumeurs des nerfs associée à une mélanodermie phtiriosique. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 28 juillet 1922, page 1264.

G. Guillain. — Maladie de Recklinghausen familiale. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 10 novembre 1922, page 1462.

G. Guillain. — Compression de la moelle cervicale dans un cas de maladie de Recklinghausen. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 11 mars 1921, page 357.

E. Jeanselme. — Arrêt du développement des os et désordres psychiques en connexion avec la maladie de Recklinghausen. *Soc. Méd. des Hôp.*, 14 octobre 1904, page 931.

E. Jeanselme. — Anomalies de l'appareil visuel, de l'intelligence et du squelette associées à la neurofibromatose généralisée. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 3 décembre 1915, page 1136.

Laignel-Lavastine et Dauptain. — Maladie de Recklinghausen complète avec réaction méningée, « spina bifida occulta » et descendance mélanodermique. — *Soc. Méd. desHôp.*, 18 juillet 1924, page 1163.

Laignel, Lavastine et Raoul Leroy. — Nouveau cas de neurofibromatose avec autopsie : présentation de nerfs. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 10 février 1905, page 122.

Laignel-Lavastine et Ravier. — Un cas de maladie de Recklinghausen familiale avec nanisme. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 8 juillet 1927, page 1112.

Laignel-Lavastine et Valence. — Un nouveau cas de maladie de Recklinghausen avec dystrophie osseuse. (Lacune pétro-pariéto-occipitale congénitale). — *Soc. Méd. des Hôp.*, 19 février 1926, page 273.

André Léri. — Neurofibromatose à disposition exclusivement sous-cutanée. (Neurofibromatose tronculaire, nervofibromatose). — *Soc. Méd. des Hôp.*, 13 janvier 1922, page 6.

G. Lion et G. Gasne. — Maladie de Recklinghausen. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 15 janvier 1904, page 5.
atteint de neurofibromatose généralisée. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 21 février 1896, page 200.

Pierre Marie et Albert Bernard. — Présentation d'un malade atteint de neurofibromatose généralisée. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 21 février 1896, page 200.

Pierre Marie et A. Couvelaire. — Neurofibromatose généralisée. *Soc.. Méd. des Hôp.*, 1er décembre 1899, page 921.

M. Oulmont et M. Haller. — Un cas de neurofibromatose généralisée. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 2 avril 1909, page 707.

Paul Schiff. — Neurofibromatose héréditaire et familiale avec virilisme. Soc. Méd. des Hôp., 17 juillet 1925, page 1101.

Georges Thibierge. — Note sur un cas de maladie de Reclinghausen (neurofibromatose généralisée) sans fibromes cutanés ni fibromes nerveux. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 18 février 1898, page 143.

CHAPITRE V

THÉRAPEUTIQUE

Insistons d'abord sur un premier point, c'est que *l'intervention chirurgicale* est ici absolument inutile ou illusoire. On peut enlever un lipome volumineux ou gênant par sa localisation ; il s'en reformera d'autres là où ailleurs et, si peu que les lipomes soient abondants, il est évident qu'il ne peut être question de les enlever tous. Cette réflexion n'est pas absolument inutile, car en collationnant les observations publiées, on se rend compte que l'intervention chirurgicale a été pratiquée au moins pour une dizaine de malades. Du moins, ces interventions ont-elles permis de pratiquer parfois l'examen histologique des pièces enlevées ; il s'agit de lipomes purs avec parfois des trousseaux fibreux, parfois des noyaux de cellulite inflammatoire ou scléreuse.

De toute façon, nous repoussons en pratique l'intervention chirurgicale; elle peut guérir une difformité locale si elle est trop accentuée, elle ne change rien à l'évolution générale de la maladie.

Faut-il pratiquer un *massage local* des tumeurs lipomateuses ? Autant le massage local très bien fait est utile

contre l'embonpoint et la cellulite, autant il nous a paru que le massage même énergique ou prolongé était à peu près sans influence sur les lipomes ; nous pensons même qu'une trituration trop accentuée serait susceptible d'en accélérer le développement.

Le *Traitement Général* est commandé par l'examen du malade et par les indications particulières résultant de l'état métabolique ou endocrinien. Certains sujets devront maigrir ; d'autres se trouveront bien d'un traitement thyroïdien (nous recommandons de ne l'entreprendre d'une façon active que si le chiffre du cholestérol sanguin est sensiblement au-dessus de la normale, ce qui est fréquent chez nos malades). D'autres bénéficieront d'un traitement hormonal génital masculin ou féminin.

Les médications anti arthritiques et anti rhumatismales seront souvent opportunes (cures de diurèse, pipérazine, lithine, préparations iodées ou soufrées).

CONCLUSIONS

1. Bien qu'un certain nombre de cas aient été décrits d'une façon précise depuis de longues années, la dystrophie lipomateuse qui fait l'objet de ce travail, n'a reçu son individualité que depuis les travaux de Roch, de Genève qui lui a donné le nom de **lipomatose discrète** et de Henri Paillard qui lui a donné le nom de **lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres.**

II. L'affection est essentiellement caractérisée par des lipomes généralement purs. du volume d'une noisette à une mandarine qui siègent d'une façon élective sur la moitié inférieure du thorax, sur l'abdomen, sur les avant-bras et sur les cuisses. Ça et là on observe quelques localisations erratiques assez rares.

Les lipomes sont indolores, souples, ont plus tendance à se multiplier qu'à grossir.

L'existence de ces lipomes n'entraîne aucun trouble de la santé générale. Lorsqu'ils sont petits les sujets en ignorent parfois l'existence.

III. — La lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres n'est liée à aucune affection décelable du système nerveux, ni centrale, ni radiculaire, ni périphérique.

On note simplement que les sujets sont souvent des rhumatisants, des lithiasiques rénaux ou biliaires, parfois des goutteux.

Nous avons apporté ici un certain nombre de documents biologiques montrant la fréquence de l'hyperuricémie et de l'hypercholestérolémie chez ces sujets.

Dans un cas, nous avons noté que certains lipomes peuvent être le siège de concrétions tophacées ; il s'agissait d'un sujet goutteux franc. Cette observation fait une liaison entre la goutte et la lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres.

IV. — Il existe des différences profondes entre la lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres et la neurofibromatose de Recklinghausen ; dans ce dernier cas, la topographie des lésions est beaucoup plus étendue, il existe des troubles pigmentaires cutanés, la peau porte des adénomes à type de molluscum pendulum, les nerfs périphériques sont engaînés d'une succession de fibromes en chapelet.

V. — La thérapeutique de la Lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres est pratiquement nulle ; il ne convient d'enlever les lipomes que lorsque ceux-ci sont gênants par leur volume ou par leur siège ; ces conditions sont rarement réalisées.

Lu la thèse et approuvé les conclusions :

J. CASTAIGNE.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg :

André FORSTER.

Clermont, le 22 Décembre 1939.

Vu et permis d'imprimer :

Par le Recteur de l'Académie de Strasbourg,

André FORSTER,

Vice-Président du Conseil de l'Université de Strasbourg.

BIBLIOGRAPHIE

E. Aievoli. — Distrofie lipomatose lipomi. — *Giorn. Internaz. delle Science Mediche* 1913, XXXV.

J.-M. Anders. — Adiposis tuberosa simplex, a report of three cases. — *Medical Record*, 25 mai 1918, XCIII, page 888. (2 cas).

Antony. — Lipomes multiples et symétriques. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 mars 1892, page 178. (1 cas).

Babonneix et David. — Adénolipomatose fruste. — *Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris*, 14 juin 1918, page 613. (1 cas).

Bagshave (1865), cité par Wolzendorff. — Ein multiples Lipome nach Typhus. — *Deutsche Zeitschrift F. Chirurgie*, 1877, VII, page 369. (1 cas).

Pierre Barbet. — Contribution à l'étude des lipomes multiples circonscrits et diffus. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 6 juin 1914. (1 cas).

R. Bonnefous et A. Valdiguié. — Hypercholestérinémie et lipomatose. — *Ann. de Dermat. et de Syph.*, mai 1924, page 290. (3 cas).

Bourdinière. — Adipose douloureuse et lipomatose symétrique. — *Progrès Médical*, 1918, page 309. (1 cas).

Bouju. — Lipomes multiples symétriques d'origine nerveuse. — Thèse Paris 1891-1892.

J.-T. Bowen. — Multiple subcutaneous. — *American Journal of the Med. Sc.*, août 1912, page 189. (1 cas).

BUCQUOY. — Lipomes diffus multiples et symétriques. — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 juin 1891, page 300. (1 cas).

A. BUSCHKE et WOLFGANG CASPER. — L'étiologie traumatique et la certification des lipomatoses symétriques. — *Klinische Wochenschrift*, tome VIII, n° 19, 7 mai 1929.

CHASSAIGNAC. — *Gazette des Hôpitaux*, 8 février 1962, page 64. (1 cas).

G. DELL'ACQUA. — Sur les lipomatoses multiples circonscrites. — *Bullettino delle Scienze Médiche*. Tome 107, n° 5, septembre-octobre 1935, pages 496-521.

C. FERE et M. FRANCILLON. — Note sur la coïncidence des lipomes symétriques et de la paralysie générale progr. — *Revue de Chirurgie*, juin 1901, page 713. (1 cas).

W. FRANCKENBERG. — Beitrag Z. Kasuistik der Lipome. — *Mediz. Klinik*, 20 octobre 1918, page 1035. (4 cas).

H. GUNTHER. — *Die Lipomatosis und ihre Klinischen Formen*, Jena 1920, pages 72 et 131. (? cas).

GROSCH. — Studien uber das Lipoom deutschès Zeit. — *Für Chirurgie* 1887, tome 24, 3-4.

HARRIS. — *Am. Journ. of the Med. Sc.*, cité par G.-V. EHRENWALL, Zur Kasuistik der multiples Lipome. Th. Würzburg 1879. (1 cas).

H.-V. HOESSLIN. — Ueber multiple Lipome und ihre Beziehungen Z. arthritischen und neuropatischen Konstitution. — *Zentralblatt f. innere Med.*, 17 août 1918, page 529. (6 cas).

KATZELLENBOGEN. — Les lipomes symétriques. — Thèse Paris 1894-1895.

R. KLEISSEL. — Ueber multiple symmetrieche Lipome. — *Wiener Med. Wochenschrift*, 1 déc. 1912, page 3378. (1 cas).

KOHLER. — Kasuistische Beitrage z. Aetiologie der Lipomatose. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, 18 avril 1904, page 416. (1 cas).

ANDRÉ LÉRI. — Quelques formes cliniques d'adiposes localisées. — *Le Monde Médical*, 1-15 octobre 1924.

R. LEVEILLE. — Quelques réactions du tissu cellulaire au cours des maladies de la nutrition. — Thèse Toulouse, 1933.

W. LIER. — Lipomatosis. — *Münchener Med. Woch.*, 21 avril 1914, page 908. (1 cas).

A. MARTIN. .. Note sur un cas de lipomatose symétrique. — *Paris Méd.*, 9 août 1913, page 245, (1 cas).

MATHIEU. — Lipomes symétriques d'origine névropathique. — *Gazette des Hôpitaux*, 1890.

MILIAN. — Pseudo lipomes et lipomes multiples. — *Gazette des Hôpitaux*, 1895, page 1275.

A.-J. OCHSNER. — Multiple symmetrical lipomates. — *Médecine*, juin 1897. — *Analysé Zentralblatt für Chirurgie*, 1897, page 1319. (2 cas).

HENRI PAILLARD. — La Lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres. — *La Clinique*, juin 1935 (B), page 173.

HENRI PAILLARD. — Obésités et lipomatoses. — *Journal Médical Français*, 1934.

HENRI PAILLARD. — Quelques réactions du tissu cellulaire des goutteux et des arthritiques. — *Annales de Médecine de Vittel*, N° 4.

M. PERAIRE. — Lipomes symétriques des membres avec lipomes sus-épitrochléens douloureux. — *Bull. et Mém. de la Soc. Anatomique de Paris*, 1904, page 58. (1 cas).

RATHERY et BINET. — Deux cas de lipomatose symétrique. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 1er août 1912, page 204. (2 cas).

A.-H. ROBINSON. — Multiple lipomata. — *The Lancet*, 16 mai 1891, page 1105. (1 cas).

M. ROCH. — Une forme particulière de lipomatose symétrique. Lipomes multiples circonscrits et indolores des avant-bras, des cuisses et de la ceinture. — *Revue de Médecine*, 10 juin 1908, page 540).

M. ROCH. — La lipomatose discrète. — *Bulletin Médical*, 2 septembre 1911, page 761.

M. ROCH et J. MOZER. — La lipomatose discrète. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 10 mars 1925, page 150.

SAINTON et FERRAND. — L'adipose douloureuse. — *Gazette des Hôpitaux*, 1903, N° 96.

SAUL. — Multiples tumeurs. — *Transactions of the Path. Soc. of London*, 1864, XV, page 217. (1 cas).

A.-F. SAVILL. — A case of multiple circumscribed Lipomata. — *The Lancet*, 6 avril 1907, page 943. (1 cas).

W. SCHEMENSKI. — Zur Kasuistik und Aetiologie der multiplen symmetrischen Lipomatosis. — *Munchener Med. Woch.*, 2 juillet 1912, page 1496. (2 cas).

A. SHILLITOE. — Multiple Lipomata. — *The British Journal of Dermatology*, mai 1903, page 177. (1 cas).

T. J. Sinitzin. — Multiple lipome. Analysé du Russe. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1896, page 936. (1 cas).

B. Sorrentino. — Un cas exceptionnel de fibro-lipomatose multiple ayant pris rapidement un développement considérable au cours d'une grossesse. — *Rinascenza Medica*, T. IX, N° 22, 15 novembre 1932.

H. Soubkankouloff. — Contribution à l'étude de la lipomatose discrète. — Th. Genève, 1913. (3 cas).

G. Templeton. — Multiple subcutaneous tumeurs. — *The Lancet*, 13 nov. 1897, page 1248). (1 cas).

E. Zacharias. — Symmetrische lipombildungen. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1916, CXXXV, page 279. (1 cas).

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I

Les différents types de lipomatose 9

I. Obésité simple 9

II. Obésité cellulitique 11

III. Lipodystrophie des hanches et des membres inférieurs 14

IV. Adénolipomatose symétrique à prédominance cervicale 15

V. Lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres 16

VI. Monolipome isolé 17

CHAPITRE II

La lipomatose nodulaire multiple de la ceinture et des membres. Etude clinique 19

I. Historique 19

II. Topographie 21

III. Caractère des lipomes 25

Observations 29

CHAPITRE III

La lipomatose nodulaire de la ceinture et des membres. Etude nosologique 65

I. La L. N. C. M. n'est pas forcément un attribut de l'obésité, elle peut être observée chez des individus maigres 65

II. La L. N. C. M. est parfois familiale 66

III. Examen du sang au cours de la L. N. C. M. 67

IV. Examen des urines 68

V. Etat circulatoire 68

VI. Coexistence avec d'autres affections 69

VII. Sexe et L. N. C. M. 70

VIII. Le système nerveux intervient-il dans la topographie de la L. N. C. M. ? 70

CHAPITRE IV

Diagnostic 73

CHAPITRE V

Thérapeutique 81

CONCLUSIONS 83

BIBLIOGRAPHIE 85